

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

**Apego, resiliencia y afrontamiento: un estudio con víctimas de
violencia de género**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Estrella Cobos Jiménez

Directores

Alejandro Ávila Espada
Rosario Martínez Arias

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



***APEGO, RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO: UN
ESTUDIO CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
GÉNERO***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA

ESTRELLA COBOS JIMÉNEZ

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE DOCTORA

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

ALEJANDRO ÁVILA ESPADA

ROSARIO MARÍNEZ ARIAS

MADRID

2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



***APEGO, RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO: UN
ESTUDIO CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
GÉNERO***

DOCTORANDA: ESTRELLA COBOS JIMÉNEZ

DIRECTORES DE TESIS: ALEJANDRO ÁVILA ESPADA Y ROSARIO MARÍNEZ ARIAS

*A mi aita,
que me mostró el significado
de “beti aurrera”.*

AGRADECIMIENTOS:

Resulta emocionante escribir estas líneas de agradecimiento, pues significa que una gran parte del camino de esta investigación está llegando a su fin, y surge la necesidad de recapitular los esfuerzos y los apoyos implicados.

Esta investigación no hubiera sido posible sin la guía y los consejos de mis directores de tesis, Dr. Alejandro Ávida Espada y Dra. Rosario Martínez Arias. Cada uno de ellos ha aportado luz a las grandes incógnitas surgidas a lo largo de este estudio, que se ha podido nutrir de sus dos puntos de vista sabios y complementarios. Gracias por vuestra sinceridad, tiempo, afecto y profesionalidad.

También querría dedicar unas palabras a los profesores y profesoras, así como a la directora, del programa de doctorado “Investigación y desarrollo en psicología clínica y de la salud” de la Universidad Complutense de Madrid: Isabel Calonge Romano, María José Díaz Aguado, Jesús M^a Carrillo Esteban, Victoria del Barrio Gándara, y como no, Rosario Martínez Arias y Alejandro Ávila Espada. Gracias a la formación recibida, la motivación investigadora que permanecía dentro de mí se pudo nutrir de conocimiento, y de este modo, contar con las herramientas necesarias para dar el paso de realizar el trabajo que aquí se expone.

No puedo olvidar la generosidad de otras dos psicólogas que, de forma desinteresada, me han hecho llegar sus tesis doctorales, en un caso antes incluso de estar publicada, para poder utilizar desde esta investigación, dos instrumentos de evaluación desarrollados o adaptados por ellas: la Dra. Carmina Serrano Hernández y la Dra. Itziar Alonso-Arbiol. Además, me gustaría agradecer el apoyo recibido por Marisa López Gironés, que me ha transmitido siempre confianza y cariño muchos años después de terminar nuestro vínculo académico.

También deseo expresar mi agradecimiento a los miembros del Tribunal, por haber accedido a la evaluación de este estudio, valorando todas las aportaciones y sugerencias que de ellos pueda recibir.

Este trabajo tampoco habría sido posible sin la colaboración las mujeres que han participado en esta investigación. Aquellas que, acudiendo a centros para la recuperación de su historia de violencia, aceptaron generosamente dedicar un tiempo de sus vidas a completar los cuestionarios que aquí se recogen. Espero que algo de la energía de este trabajo pueda ayudar de algún modo a cualquier persona que se vea dañada por una violencia tan íntima y destructiva. También agradecer, como no, a todas las psicólogas de referencia de estas mujeres, y especialmente, al cariño, apoyo y amistad mostrado por Maripeña.

Finalmente, y no menos importante, valorar enormemente la paciencia y fuerza que me ha transmitido las personas que forman parte de mi entorno más íntimo. Gracias a Macius, mi sostén en momentos difíciles y mi alegría en los fáciles; te dedicaría un millón de líneas y me quedaría corta. Gracias también a mi madre, primero por su amor y cariño constantes, y también por transmitirme valores igualitarios y mostrarme la importancia de la calidad del vínculo. A mi hermana, por ayudarme en los momentos más urgentes cuando no resultaba nada fácil. Y a mi familia política, que siempre me dan energía con su cariño. No puedo olvidar a mis amigas, que aunque a veces están lejos, están muy cerca.

ABREVIATURAS:

- **VG** = Violencia de Género
- **VGP** = Violencia de Género en el ámbito de la Pareja.
- **ASI** = Abuso Sexual Infantil.
- **OP** = Orden de Protección.
- **OMS** = Organización Mundial de la Salud
- **WHO** = World Health Organization
- **TEPT** = Trastorno de Estrés Postraumático.
- **CR** = Cuestionario de Relación
- **AAS** = Cuestionario sobre Dependencia Emocional (Adult Attachment Scale)
- **RS** = Escala de Resiliencia (Resilience Scale)
- **SA-45** = Cuestionario de Evaluación de Síntomas-45
- **DTS** = Escala de Trauma de Davidson.
- **PFQ-2** = Cuestionario de sentimientos personales -2 (Personal Feeling Questionnaire-2)

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

-	ÍNDICE DE TABLAS	VII
-	ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
-	RESUMEN	XV
-	ABSTRACT	XIX

I.	<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
----	---------------------	---

II.	<u>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</u>	7
-----	-------------------------------	---

CAPÍTULO 1: APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA PAREJA:	9
--	----------

1.1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO GENERAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO.	9
--	----------

1.2. VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA PAREJA:	12
---	-----------

1.2.1. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO	12
---------------------------------	----

1.2.2. SUBTIPOS DE VIOLENCIA	15
------------------------------	----

1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VGP	18
--------------------------------	----

1.2.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS:	24
---	----

1.2.4.1. Características sociodemográficas	25
--	----

1.2.4.2. Factores de riesgo	29
-----------------------------	----

1.2.5. EL PROCESO DE MANTENIMIENTO O ABANDONO DE UNA RELACIÓN DE MALTRATO:	38
--	----

1.2.5.1. Factores relevantes en la permanencia en el maltrato	38
---	----

1.2.5.2. El proceso de ruptura de la relación	44
---	----

CAPÍTULO 2: ESTUDIO DEL APEGO, RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO:	51
2.1. EL APEGO	51
2.1.1. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DEL APEGO	51
2.1.1.1. <i>El nacimiento de la teoría del apego</i>	51
2.1.1.2. <i>Acercamiento a la teoría del apego de John Bowlby</i>	52
2.1.1.3. <i>La aportación de Mary Ainsworth a la teoría del apego</i>	54
2.1.2. CONCEPTOS BÁSICOS: EL SISTEMA DE APEGO:	55
2.1.2.1. <i>El sistema conductual: las conductas de apego.</i>	55
2.1.2.2. <i>El sistema cognitivo: el modelo mental de la relación.</i>	56
2.1.2.3. <i>El sistema emocional: emociones y sentimientos.</i>	59
2.1.3. SUBTIPOS DE APEGO INFANTIL:	60
2.1.3.1. <i>La clasificación tradicional del apego infantil</i>	60
2.1.3.2. <i>Ampliación de la clasificación tradicional.</i>	62
2.1.4. CARÁCTERÍSTICAS DEL APEGO ADULTO:	63
2.1.4.1. <i>Continuidad del apego en la etapa adulta.</i>	63
2.1.4.2. <i>Clasificación del sistema de apego en la etapa adulta</i>	67
2.1.4.3. <i>Los estudios sobre el apego en la relación de pareja.</i>	76
2.1.4.4. <i>Apego, estrés y trauma</i>	87
2.1.4.5. <i>Apego y psicopatología.</i>	94
2.2. LA RESILIENCIA:	108
2.2.1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE RESILIENCIA	108
2.2.2. RESILIENCIA Y TRAUMA	111
2.2.3. RESILIENCIA Y APEGO	113
2.3. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:	119
2.3.1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO	119
2.3.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	121

2.3.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO,	124
2.3.4. AFRONTAMIENTO Y TRAUMA EN VGP.	127
2.3.5. AFRONTAMIENTO Y APEGO.	130
2.3.6. AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA.	132
CAPÍTULO 3: PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA AL TRAUMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA:	139
3.1. INTRODUCCIÓN.	139
3.2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA.	141
3.3. CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL:	143
3.3.1. ANSIEDAD	145
3.3.2. DEPRESIÓN	146
3.3.3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	148
3.3.4. SUICIDIO	151
3.3.5. ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS	153
3.3.6. AUTOESTIMA	155
3.3.7. CULPABILIDAD Y VERGÜENZA	156
3.3.8. SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA	157
3.3.9. INADAPTACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA.	158
CAPÍTULO 4: MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE VGP, PSICOPATOLOGÍA Y OTRAS VARIABLES	163
III. <u>INVESTIGACIÓN EMPÍRICA:</u>	171
CAPÍTULO 5: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:	173
5.1. INTRODUCCIÓN.	173
5.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO:	174
5.2.1. OBJETIVOS	174
5.2.2. HIPÓTESIS	176

5.3. MÉTODO:	179
5.3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y VARIABLES ESTUDIADAS.	179
5.3.2. PARTICIPANTES	182
5.3.2.1. Descripción de las mujeres que acuden a recursos de apoyo psico-social para víctimas de violencia de género.	183
5.3.2.2. Descripción de las psicólogas que han participado en el estudio	186
5.3.3. PROCEDIMIENTO	187
5.3.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA:	188
– Cuestionario de datos sociodemográficos	189
– Cuestionario de Relación (CR)	190
– Cuestionario sobre dependencia general (AAS)	192
– Escala de Resiliencia (RS)	194
– Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE):	196
– Cuestionario de evaluación de síntomas-45 (SA-45)	198
– Escala de trauma de Davidson (DTS)	200
– Cuestionario de sentimientos personales (PFQ-2)	201
– M.A.R.A. (versión Revisada).	202
– Cuestionario del terapeuta.	204
5.3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.	205
5.4. RESULTADOS:	206
5.4.1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE HISTORIA DE VGP.	207
5.4.2. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE APEGO ADULTO EN VGP	228
5.4.3. RESULTADOS DE RESILIENCIA EN VGP	241
5.4.4. RESULTADOS DEL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN VGP	245
5.4.5. RESULTADOS DE PSICOPATOLOGÍA Y AJUSTE PERSONAL EN VGP	248
5.4.6. RESULTADOS SOBRE EL MODELO DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA.	250
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:	257
6.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	257

6.2. CONCLUSIONES GENERALES.	277
CAPÍTULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	283
CAPÍTULO 8: ANEXOS:	309
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUESTIONARIOS	310
ANEXO 2. TABLAS DE RESULTADOS.	324

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA PAREJA.

Tabla 1.1.	Prevalencias de los distintos tipos de malos tratos (sin ser excluyentes entre sí) en estudio de atención primaria en España.....	22
Tabla 1.2.	Teoría del ciclo de la violencia de L. Walker	42
Tabla 1.3.	Resumen de violencia de género en el ámbito de la pareja	46

CAPÍTULO 2. ESTUDIO DEL APEGO, RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO

Tabla 2.1.	Repercusiones emocionales, conductuales y cognitivas del modelo mental.....	58
Tabla 2.2.	Correspondencia de la terminología entre los estilos de apego en la etapa adulta e infantil	68
Tabla 2.3.	Diferencias en el estilo de apego según las medidas de la historia de apego, los modelos mentales y las experiencias amorosas.....	78
Tabla 2.4.	Peso de cada dimensión de Collins y Read en función del estilo de apego.....	81
Tabla 2.5.	Modelo de cuatro grupos del apego adulto de Bartholomew.....	82
Tabla 2.6.	Resumen del apego adulto	99
Tabla 2.7.	Resumen de resiliencia	117
Tabla 2.8.	Resumen del afrontamiento	134

CAPÍTULO 3. PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA AL TRAUMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA

Tabla 3.1.	Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja	140
Tabla 3.2.	Estudios sobre prevalencia de la ansiedad en víctimas de VGP.....	145
Tabla 3.3.	Estudios sobre prevalencia de sintomatología depresiva en VGP	147
Tabla 3.4.	Estudios sobre prevalencia de TEPT en víctimas de VGP	149

Tabla 3.5.	Estudios sobre prevalencia de intentos de suicidio en VGP.....	152
Tabla 3.6.	Estudios sobre prevalencia de abuso de alcohol, medicamentos y otras drogas en VGP ..	154
Tabla 3.7.	Resumen de psicopatología en VGP	159

III. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

CAPÍTULO 5. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Tabla 5.1.	Variables objeto de estudio	181
Tabla 5.2.	Características sociodemográficas de la muestra	185
Tabla 5.3.	Instrumentos de evaluación empleados en este estudio	189
Tabla 5.4.	Relación entre las dimensiones y las categorías del C.R.....	191
Tabla 5.5.	Características de los clústeres: etiqueta, tamaño y medias de la gravedad de la violencia	208
Tabla 5.6.	Presencia, gravedad y frecuencia de los tipos de violencia	214
Tabla 5.7.	Concurrencia de los distintos tipos de violencia	214
Tabla 5.8.	Duración de la relación total y de la relación violenta	215
Tabla 5.9.	Variables de riesgo en la historia de violencia	215
Tabla 5.10.	Relación de duración de la relación violenta con las variables sociodemográficas ...	217
Tabla 5.11.	Relación de pertenencia a Clúster con las variables sociodemográficas	219
Tabla 5.12.	Relación de duración de la relación violenta con las variables sociodemográficas ..	221
Tabla 5.13.	Prevalencias de tipos y estilos de apego adulto	228
Tabla 5.14.	Distribución de los estilos de apego (CR) en función de las dimensiones de apego (AAS)	229
Tabla 5.15.	ANOVA entre Resiliencia y Estilos de apego adulto	231
Tabla 5.16.	ANOVA entre Afrontamiento y estilos de apego adulto	233
Tabla 5.17.	ANOVA entre SA-45 y estilos de apego adulto	235
Tabla 5.18.	ANOVA entre DTS y estilos de apego adulto	237
Tabla 5.19.	ANOVA entre PFQ-2 y estilos de apego adulto	239
Tabla 5.20.	ANOVA entre MARA-R y estilos de apego adulto	240
Tabla 5.21.	Estadísticos descriptivos de Resiliencia: media y desviación típica	241

Tabla 5.22.	Correlaciones entre Resiliencia y Afrontamiento	243
Tabla 5.23.	Correlaciones entre Resiliencia y DTS	244
Tabla 5.24.	Correlaciones entre Resiliencia y PFQ-2	244
Tabla 5.25.	Correlaciones entre Resiliencia y MARA-R	245
Tabla 5.26.	Correlaciones entre Afrontamiento y Psicopatología (SA-45)	246
Tabla 5.27.	Correlaciones entre Afrontamiento y Sintomatología postraumática (DTS)	247
Tabla 5.28.	Correlaciones entre Afrontamiento y PFQ-2	247
Tabla 5.29.	Estadísticos descriptivos de Psicopatología (SA.45): medias y d.t.....	248
Tabla 5.30.	Coefficientes del análisis de regresión por bloques o jerárquico en función de la Psicopatología del SA-45	252
Tabla 5.31.	Resumen del modelo de regresión para SA-45.....	254
Tabla 5.32.	Coefficientes del análisis de regresión por bloques o jerárquico en función de la Sintomatología del DTS	255
Tabla 5.33.	Resumen del modelo de regresión para DTS	256

CAPITULO 8. ANEXOS.

Tabla 8.1.	Tabla de Contingencia entre la Duración total de la relación x Duración de la relación violenta. Tabulación cruzada	324
Tabla 8.2.	Tabla de contingencia de la relación de presencia de maltrato familiar en la infancia con VGP en progenitores	324
Tabla 8.3.	Tabla cruzada Intentos de ruptura previos con Clústeres de Violencia	325
Tabla 8.4.	Tabla cruzada Antecedentes de violencia familiar en la infancia con Clústeres de Violencia	325
Tabla 8.5.	Tabla cruzada Percepción de riesgo propio con Clústeres de Violencia	326
Tabla 8.6.	Tabla cruzada Percepción de riesgo de los hijos/as con Clústeres de Violencia	326
Tabla 8.7.	Tabla cruzada de Lugar de residencia con Clústeres de Violencia	327
Tabla 8.8.	Tabla cruzada de Formación académica con Clústeres Violencia	328
Tabla 8.9.	Tabla cruzada Actividad Laboral Remunerada con Clústeres de Violencia	329
Tabla 8.10.	Tabla cruzada Descendencia con Clústeres de Violencia	329
Tabla 8.11.	Tabla cruzada de Estado civil con Duración relación violenta	330
Tabla 8.12.	Tabla cruzada de Clase social subjetiva con Duración relación violenta	331
Tabla 8.13.	Tabla cruzada de Edad con Duración relación violenta	332

Tabla 8.14.	Tabla cruzada de Descendencia con Duración relación violenta	333
Tabla 8.15.	Estadísticos de grupo para comparación de medias de Frecuencia de tipos de violencia x Tipos de apego	333
Tabla 8.16.	Prueba de muestras independientes: Frecuencia de tipos de violencia x Tipos de apego	334
Tabla 8.17.	Estadísticos de grupo para comparación de medias de SA-45 con Clúster	334
Tabla 8.18.	Prueba de muestras independientes para comparación de medias de SA-45 con Clúster	335
Tabla 8.19.	Medias y d.t. del SA-45 en función de si la mujer continúa o no en la relación violenta	336
Tabla 8.20.	Prueba de muestras independientes para SA-45 x Mantenimiento de la relación violenta.	337
Tabla 8.21.	Estadísticos de grupo para comparación de medias de DTS con Clúster	338
Tabla 8.22.	Prueba de muestras independientes para comparación de medias de DTS con Clúster	338
Tabla 8.23.	Estadísticos de grupo para comparación de medias del MARA-R con Clúster	339
Tabla 8.24.	Prueba de muestras independientes para comparación de medias del MARA-R con Clúster	339
Tabla 8.25.	Media y D.T. del MARA en función de si continúa o no en la relación	340
Tabla 8.26.	Prueba de muestras independientes para MARA x Si la mujer continúa en la relación	340
Tabla 8.27.	Medias de los estilos de apego (CR) en función de las dimensiones del AAS	341
Tabla 8.28.	ANOVA de Dimensiones AAS x Estilo de apego CR	341
Tabla 8.29.	Comparaciones Múltiples (Bonferroni) entre Estilo de Apego y Dimensiones AAS	342
Tabla 8.30.	ANOVA de Resiliencia x Estilos de apego	343
Tabla 8.31.	Comparaciones Múltiples (Bonferroni) de Resiliencia x Estilos de apego ...	344
Tabla 8.32.	ANOVA de Estilos de apego x Afrontamiento (CAE)	346
Tabla 8.33.	Comparaciones Múltiples (Bonferroni) para Afrontamiento x Estilos de Apego	347
Tabla 8.34.	ANOVA de los Estilos de apego x SA-45	348
Tabla 8.35.	Comparaciones Múltiples (Bonferroni) para SA-45 x Estilos de Apego	349
Tabla 8.36.	Informe de Medias y D.T. de los estilos de apego en función del DTS	351
Tabla 8.37.	ANOVA de Estilos de apego x DTS	351
Tabla 8.38.	Comparaciones múltiples (Bonferroni) para Estilos de apego x DTS	352

Tabla 8.39.	Informe de Medias y D.T. de los Estilos de apego x PFQ-2	353
Tabla 8.40.	ANOVA de Estilos de Apego x PFQ-2	353
Tabla 8.41.	Comparaciones múltiples (Bonferroni) entre Estilos de apego y PFQ-2	354
Tabla 8.42.	Informe de Medias y D.T. en Estilos de apego x MARA-R	355
Tabla 8.43.	ANOVA de Estilos de apego x MARA-R	355
Tabla 8.44.	Comparaciones múltiples (Bonferroni) entre Estilo de apego x MARA-R ...	356
Tabla 8.45.	ANOVA del Modelo de Regresión por bloques o jerárquico para psicopatología	357
Tabla 8.46.	Coefficientes de Regresión por bloques o jerárquica para Psicopatología (Variable Dependiente: Puntuación total del SA-45)	358
Tabla 8.47.	ANOVA del Modelo de Regresión por bloques o jerárquico para psicopatología	359
Tabla 8.48.	Coefficientes de Regresión por bloques o jerárquica para Psicopatología (Variable Dependiente: Puntuación total del DTS)	360
Tabla 8.49.	Correlaciones entre Violencia y Apego	362
Tabla 8.50.	Correlaciones entre Violencia y Resiliencia	363
Tabla 8.51.	Correlaciones entre Violencia y Afrontamiento	364
Tabla 8.52.	Correlaciones entre Violencia y SA-45	365
Tabla 8.53.	Correlaciones entre Violencia y Estrés Postraumático-DTS	366
Tabla 8.54.	Correlaciones entre Violencia y Sentimientos de Culpa y Vergüenza-PFQ-2	367
Tabla 8.55.	Correlaciones entre Violencia y Ajuste Personal -MARA-R	368
Tabla 8.56.	Correlaciones entre Dimensiones de apego-AAS y Resiliencia-RS	369
Tabla 8.57.	Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Dimensiones de apego-AAS	370
Tabla 8.58.	Correlaciones entre Estilos de Apego-AAS y Psicopatología-SA-45	371
Tabla 8.59.	Correlaciones entre Resiliencia-RS y Afrontamiento-CAE	372
Tabla 8.60.	Correlaciones entre Resiliencia RS y Psicopatología SA-45	373
Tabla 8.61.	Correlaciones entre Resiliencia-RS y Estrés Postraumático-DTS	374
Tabla 8.62.	Correlaciones entre Resiliencia-RS y Sentimientos de Culpa y Vergüenza-PFQ-2	375
Tabla 8.63.	Correlaciones entre Resiliencia-RS y Ajuste Personal-MARA-R	376
Tabla 8.64.	Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Psicopatología-SA-45	377
Tabla 8.65.	Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Estrés postraumático (DTS)	378

Tabla 8.66.	Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Sentimientos de Culpa y Vergüenza-PFQ-2	379
Tabla 8.67.	Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Ajuste Personal (MARA-R)	380
Tabla 8.68.	Correlaciones entre Psicopatología (SA-45, DTS PFQ-2) y Ajuste personal (MARA-R)	381
Tabla 8.69	Correlaciones entre las Dimensiones Ansiedad y Evitación del CR y AAS ..	382
Tabla 8.70.	Correlaciones entre las Dimensiones AAS y los ítems del CR.	382
Tabla 8.71.	Correlaciones entre las dimensiones del Apego Adulto – AAS	383
Tabla 8.72.	Correlaciones entre Dimensiones de apego y DTS	383
Tabla 8.72.	Correlaciones entre Dimensiones de apego y MARA-R.....	384

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA PAREJA.

Figura 1.1.	Víctimas de violencia de género por grupos de edad. Año 2011	29
Figura 1.2.	Modelo Ecológico de Dahlberg y Krug	30

CAPÍTULO 2. ESTUDIO DEL APEGO, RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO.

Figura 2.1.	Relación entre los estilos de apego propuestos por Bartholomew y las dimensiones subyacentes de Brennan y cols.	85
-------------	--	----

CAPÍTULO 4. MODELOS EXPLICATIVOS GENERALES.

Figura 4.1.	Efectos diferenciales de la exposición a la violencia en la reexperimentación TEPT en función de niveles altos y bajos de resiliencia	165
Figura 4.2.	Efectos del trauma en DESNOS, mediado por las dimensiones de apego Ansiedad y Evitación	167
Figura 4.3.	Modelo que conecta la violencia de pareja, esquemas cognitivos, afrontamiento evitativo y síntomas depresivos.....	168
Figura 4.4.	Modelo predictivo de la sintomatología TEPT entre las víctimas de ASI...	170

III. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Figura 5.1.	Resumen del modelo y calidad de sus clústeres	207
Figura 5.2.	Presencia y gravedad de la violencia física	209
Figura 5.3.	Presencia y gravedad de la violencia psicológica	209

Figura 5.4.	Presencia y gravedad de la violencia sexual	210
Figura 5.5.	Concurrencia de tipos de violencia	213
Figura 5.6.	Prevalencia de los estilos de apego adulto	229
Figura 5.7.	Porcentaje de mujeres que superan el punto de corte en Resiliencia	242
Figura 5.8.	Porcentaje de mujeres que superan el punto de corte de DTS en síntomatología postraumática.....	249

Las investigaciones sobre los efectos del maltrato en el ámbito de la pareja son relativamente recientes. Este trabajo se centra en cómo se expresa la violencia de género en el ámbito de la pareja, y destaca que la característica principal es la asimetría relacional que se desarrolla entre el hombre y la mujer, construida a través de estrategias de violencia psicológica, física y/o sexual. Se entiende que no hay un perfil de mujer maltratada (ser mujer es el único factor común), pero que existen determinados factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las víctimas.

Respecto a la psicopatología encontrada, las investigaciones señalan peor salud mental en las mujeres maltratadas (frente a las que no lo son), destacando principalmente sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

Además, se ha evaluado qué papel tienen otras características psicológicas respecto al trauma de la violencia, como son el apego en la etapa adulta, la resiliencia y el afrontamiento. En general, los datos reflejan que aparecen relaciones entre el apego seguro, la resiliencia, y los modos de afrontar el estrés más saludables. En la etapa adulta, la figura principal de apego suele ser la pareja, y los estudios sobre trauma relacionan especialmente el apego preocupado con las mujeres maltratadas, lo que sugiere que la dependencia hacia la figura de apego y su miedo al abandono, hacen que prioricen el mantenimiento de la relación con el agresor, frente a su propio bienestar personal.

A partir de estas evidencias empíricas, este trabajo pretende analizar, a través de un estudio transversal, descriptivo y correlacional, la historia de violencia de las mujeres evaluadas, y ver si existen diferencias en función de las características sociodemográficas y psicopatológicas, así como estudiar el papel del apego, la resiliencia y el afrontamiento. En último lugar, se pretende detectar qué variables actúan como factores de protección o de riesgo en el desarrollo de la psicopatología desarrollada por las mujeres maltratadas.

Para ello, se contó con la participación de 151 mujeres que acuden a 12 recursos públicos de la Comunidad de Madrid para la recuperación psico-social de las víctimas de

violencia de género, y 12 psicólogas que completaron una parte de la información requerida sobre las mujeres. Para la medida de la historia de violencia se realizó un cuestionario que debían rellenar las terapeutas, siendo el resto de instrumentos respondidos por las mujeres maltratadas. La evaluación el apego fue realizada con el Cuestionario de Relación (CR) y el Cuestionario sobre Dependencia General (AAS). La resiliencia fue analizada a través de la Escala de Resiliencia (RS), y el afrontamiento a través del Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE). Finalmente, para el análisis de la psicopatología se empleó el Cuestionario de evaluación de Síntomas-45 (SA-45), la Escala de trauma de Davidson (DTS), el Cuestionario de sentimientos personales (PFQ-2), y en último lugar, para la observación del ajuste personal, se empleó una revisión del Cuestionario MARA (MARA-R).

Los resultados obtenidos reflejan la importante presencia de la violencia psicológica en el maltrato, y que son más las mujeres que sufren los tres tipos de violencia analizados (psicológica, física y sexual), que cualquier tipo de violencia de forma aislada. La mayoría de las mujeres había permanecido entre tres y diez años en la relación violenta, pero en el momento del estudio casi ninguna mantiene el vínculo con el agresor. Las mujeres con mayor gravedad de maltrato comunican más intentos de abandono de relación violenta, son más conscientes del riesgo, cuentan con más antecedentes de maltrato familiar en la infancia, y suelen tener descendencia. Por su parte, las mujeres con menor gravedad en el maltrato tenían más formación universitaria y ocupación laboral remunerada, pertenecen a clases sociales más altas y no suelen tener hijos/as. Estos resultados concuerdan con la evidencia empírica.

En cuanto al estudio del apego, se confirmó que el estilo inseguro, concretamente el preocupado, es el más prevalente en la muestra de mujeres maltratadas. Por otro lado, se obtuvieron resultados inesperados en cuanto a los estilos de apego, en el sentido que se formaron dos subgrupos: por un lado el estilo seguro y resistente, con cualidades más positivas (en violencia, resiliencia, afrontamiento, psicopatología y ajuste personal), y el grupo formado por las mujeres temerosas y preocupadas (con mayor presencia de violencia y psicopatología, menor resiliencia y ajuste personal, y un afrontamiento más desadaptativo). En cuanto a las dimensiones del apego, Ansiedad correlacionó de la forma esperada con los índices menos saludables (de forma parecida a los estilos preocupado y temeroso), mientras que la dimensión Evitación se mostró relacionada con características más protectoras (en la línea de los estilos seguro y resistente).

La resiliencia apareció asociada positivamente al afrontamiento racional y al ajuste personal, y el afrontamiento emocional a la psicopatología.

Los resultados confirmaron que los síndromes más presentes eran la depresión y la ansiedad, y que la mayoría de las participantes presentaban altos índices de estrés postraumático.

Los últimos análisis mostraron que el apego actúa como factor de riesgo (con la dimensión ansiedad) o de protección (con la dimensión evitación), la resiliencia es un factor de protección, y el afrontamiento emocional funciona como un factor de riesgo, en referencia al desarrollo de psicopatología en mujeres maltratadas. Además, la violencia sexual predijo mayor psicopatología postraumática.

En conclusión, estos resultados sugieren que el estudio del apego, la resiliencia y el afrontamiento, resulta relevante para entender el mayor o menor riesgo en el desarrollo de psicopatología entre las mujeres que sufren malos tratos en la pareja. También se discute el posible papel protector que refleja la dimensión evitación en las mujeres maltratadas, sugiriendo que puede aportar actitudes adaptativas frente a la violencia, lo que las diferenciaría de los estudios de población general. También parece necesario mayor desarrollo en la evaluación del apego adulto. Finalmente, se destaca la importancia de la violencia psicológica, y la necesidad de profundizar más en este tipo de maltrato para romper con la mayor invisibilización del daño emocional, y conseguir abordar de forma más completa el fenómeno de la violencia contra la mujer.

ABSTRACT:

Research about the effects of abuse in partner relationships is relatively recent. This work focuses on how violence against women is expressed in intimate partner violence, and points out how the main feature is the asymmetrical relationship that develops between men and women, built up through psychological, physical and/or sexual violence. It is believed that there is no defined profile of a battered woman (the one common characteristic they are all female) but there are some shared risk factors which increase the vulnerability of the victim.

Regarding the psychopathology found, research points out worse mental health conditions in battered women (in contrast to those who are not), mainly showing symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety.

Furthermore, the role of other psychological features have been evaluated in relation to the trauma of violence, such as attachments in adulthood, resilience and coping. Generally, the data reflects that a relationship appeared between secure attachments, resilience and a healthier way to face stress. In adulthood, the main attachment figure is usually the partner, and trauma research especially links preoccupied attachment with battered women. This suggests that dependence towards the attachment figure and its fear of abandonment makes the preservation of the relationship with the aggressor the priority, rather than her own personal well-being.

According to the empirical evidence found, this work attempts to analyze, through a cross sectional, descriptive and correlational study, the history of violence of the women assessed, and the differences according to the sociodemographic and psychopathological features, as well as studying the role of attachment, resilience and coping. Finally, it will attempt to detect which variables act as protective or risk factors in the development of the pathology developed by battered women.

In order to do this, it has studied a sample of 151 women who attended the public institutions of the Autonomous Region of Madrid for the psycho-social recovery of violence

against women victims, and 12 psychologists who completed the information required about these women. A questionnaire was filled out by the therapists in order to measure the history of violence, whilst the rest of the evaluation measures were completed by the battered women. The evaluation of attachment carried out by the Relationship Questionnaire (RQ) and the Adult Attachment Scale (AAS). Resilience has been analyzed through the Resilience Scale (RS), and coping through the Stress Coping Questionnaire (CAE). Furthermore, to analyze the psychopathology several questionnaires were used, Symptom-45 Evaluation Questionnaire (SA-45), the Davidson Trauma Scale (DTS), the Personal Feelings Questionnaire (PFQ-2). Finally, in order to analyze personal adjustment a version of the MARA Questionnaire was used (MARA-R).

The results obtained indicate a significant presence of psychological violence in the partner's form of abuse and that there are more women that suffered from all three types of violence analyzed (psychological, physical and sexual), rather than only any one form of violence at a time. The vast majority of the women had been in the violent relationship between three and ten years, but when this study was carried out very few of the women questioned maintained a relationship with their aggressor. The women with a higher level of abuse communicated more attempts at ending the violent relationship, verbalized that they are aware of the risk involved, have more family history of abuse during their childhood, and they usually have children. On the other hand, women with a lower level of abuse have higher education and are usually employed, they belong to upper classes and don't have children. These results match empirical evidence.

With regards to the evaluation of attachment, it was confirmed that insecure attachment, and in particular the preoccupied style, are one of the most prevalent characteristics in battered women. On the other hand, some unexpected results were obtained relating to the types of attachment. Two subgroups were formed: one being dismissive and secure styles, with more positive features (less violence, resilience, coping, psychopathology and personal adjustment); the other group including fearful and preoccupied women (with a larger presence of violence and psychopathology, less resilience and personal adjustment, and a less adapted type of coping). When examining the dimensions of attachment, anxiety correlated in the expected way with less healthy rate (in a similar way to preoccupied and fearful); whereas the avoidance dimension was shown with more protective features (along the same lines as the secure and dismissive style).

Resilience appeared to be associated positively to rational coping and personal adjustment, and the emotional coping to psychopathology.

The results confirmed that the most common syndromes were depression and anxiety, and the vast majority of participants presented high post-traumatic stress rate.

The latest analysis showed that the attachment acts as a risk factor (with the anxiety dimension) or as protection (with the avoidance dimension), the resilience is a protective factor, and emotional coping works as a risk factor, regarding the development of psychopathologies in battered women. Furthermore, sexual violence predicted a higher post-traumatic psychopathology.

In conclusion, these results suggest that the study of attachment, resilience and coping, is relevant to understanding the higher or lesser risk in the development of psychopathology in women who suffer partner abuse. Also, it can be argued that the protective role that is reflected in the avoidance dimension in battered women, suggests that some adaptive attitudes can be used in violence, which differs from studies in the general population. It also seems necessary to develop more studies and assessment of adult attachment. Finally, importance and impact of psychological violence cannot be overlooked, it highlights the need of going a detailed analysis of this type of abuse so as to break loose from the invisible nature of emotional pain, and thus dealing with the phenomenon of violence against women in a more holistic way.

I.

INTRODUCCIÓN

La motivación original de este estudio surge de la constatación, a través de la experiencia personal del trabajo psicoterapéutico con víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja, de dos grandes formas diferenciadas de enfoque psicológico en función de las características de las mujeres que han sufrido maltrato. En ocasiones, la labor principal se centra en trabajar la historia de violencia, para poder reconstruir una narrativa diferente al guión impuesto por el agresor durante la convivencia (en torno al miedo, la culpa y la incertidumbre, especialmente) y potenciar actitudes de protección si aún existen contactos con el maltratador (por ejemplo, si tienen hijos/as en común). En estos casos, el vínculo psicoterapéutico se establece paulatinamente de una forma estable y sin grandes altibajos, y las intervenciones no se extienden mucho en el tiempo porque el trabajo está muy focalizado y las mujeres son capaces de promover grandes recursos personales y de apoyo de su entorno para su recuperación.

Pero también se ha encontrado con la necesidad de un trabajo más lento, más profundo, y que trata, más allá de la violencia en la pareja, otros problemas vinculares de relación y una autoimagen más dañada, que posiblemente tienen su origen en otras experiencias dañinas y/o violentas en la infancia o adolescencia. En estos casos, el vínculo psicoterapéutico es más inestable, a veces ansioso, a veces distante, y normalmente muy defensivo, y los avances son más lentos, pues necesitan abarcar mucho más tiempo de intervención. En este caso, estimular nuevas narrativas de violencia es más complicado, y potenciar capacidades de auto-protección y cuidado suele ser mucho más difícil, ya que es muy habitual que la energía de estas mujeres vaya en la dirección de buscar la seguridad fuera de ellas (fusionándose con una pareja, por ejemplo), porque en su foro interno no creen que lo puedan lograr por sí mismas. Además, suelen presentar psicopatología más severa y un apoyo del entorno más inestable.

Ambos perfiles son comunes, y conforman el universo de las víctimas de violencia de género (si bien, los segundos necesitan más tiempo y dedicación que los primeros).

Partiendo de estas experiencias, se entiende la importancia del enfoque de género para, en primer lugar, enmarcar la violencia en una sociedad patriarcal donde la asimetría de género todavía es la norma, y entender que las ambivalencias psicológicas de las mujeres maltratadas son las consecuencias de un ciclo de violencia relacional muy dañino. Además, este enfoque permite ayudar a las mujeres en su recuperación sin revictimizarlas ni seguir alimentando la responsabilidad que se les ha impuesto sobre la violencia, para de algún modo, justificarla. Así, el empoderamiento femenino defendido desde este enfoque que analiza las diferencias estructurales entre hombres y mujeres en nuestra sociedad, puede ayudar

enormemente en el trabajo con mujeres maltratadas, pues rompe los estereotipos que están tan arraigados en la sociedad y que alimentan la violencia, y aportan la energía y el conocimiento necesario para ayudar a transformar a las víctimas en supervivientes.

Además del enfoque de género, la teoría del apego también permite dar un marco de comprensión a las dinámicas que establecen las mujeres víctimas de maltrato tanto en el entorno psicoterapéutico como con sus parejas. En algunos casos será necesario recuperar parte de la seguridad dañada, y en otros intentar construir nuevas formas de vinculación que puedan aportar más seguridad de la que hay podido experimentarse anteriormente. Además, esta teoría nos subraya la importancia de la figura de apego ante situaciones de peligro, y la gran paradoja que surge en las relaciones de violencia en el ámbito de la pareja. En estos casos, la dirección de cada tipo de apego seguro o inseguro puede tomar caminos muy distintos, en función de las expectativas que se tienen de uno mismo, y de los otros, y de la tendencia de autorregulación afectiva que se despliega.

Los estudios en el campo de la psicología ponen énfasis en la relación entre el apego y otros recursos personales que entran en acción principalmente ante situaciones estresantes: la resiliencia y el afrontamiento al estrés. En muchos casos se considera que el apego es la base para el desarrollo posterior de mayor o menor resiliencia (resistencia al trauma) y de un afrontamiento más o menos adaptativo en función de las circunstancias. Por ello se consideró importante analizar estas características psicológicas y relacionarlas con el apego, para poder confirmar si los dos perfiles diferenciales que se intuyen en el trabajo con mujeres víctimas de maltrato encajan con distintas formas de asociación entre el tipos de apego, resiliencia y estilos de afrontamiento.

Para poder reflejar estas líneas de investigación, se ha desarrollado este trabajo, que se presenta dividido en dos grandes capítulos. En el primero se fundamenta la parte teórica, que está dividida en tres bloques principales: en primer lugar, se realiza una *aproximación teórica a la violencia de género dentro de la pareja*, donde se aclaran conceptos, se definen los tipos de violencia, los datos epidemiológicos, las características sociodemográficas de las víctimas, los factores de riesgo detectados por las investigaciones, y las explicaciones teóricas sobre el mantenimiento y la ruptura de las relaciones violentas. En segundo lugar se presenta un bloque formado por la fundamentación teórica y evidencia empírica del *apego, la resiliencia y el afrontamiento*, que se desarrollan en tres subapartados. Se pone mayor énfasis en la explicación del apego adulto ya que los estudios señalan que el apego es la base para el desarrollo de las otras dos capacidades. En este sentido, se explica el origen de la teoría del apego (Bowlby y Ainsworth), y su continuidad hacia la etapa adulta (centrándonos en las

relaciones de pareja). Además, se explica qué se entiende por resiliencia, y sus vínculos con el apego y el trauma. Finalmente, este bloque termina con las aportaciones del enfoque de afrontamiento al estrés, las diferencias entre los estilos y las estrategias de afrontamiento, y se relaciona esta capacidad con el trauma, el apego y la resiliencia., Además, se ha incluido un bloque donde se *reflejan las principales consecuencias psicopatológicas que la violencia imprime en la salud mental de las mujeres maltratadas*, detallado lo que se ha encontrado sobre los síndromes más habituales. Para terminar este capítulo se recogen diversos *modelos explicativos* que enlazan variables de violencia, de apego, resiliencia y/o afrontamiento, y la psicopatología presente ante situaciones traumáticas y/o estresantes.

El segundo capítulo se centra en describir las características propias de esta investigación, estructurándose en dos bloques diferenciales: por un lado, de detalla *el trabajo de investigación* propiamente dicho (incluyendo los objetivos y las hipótesis, el método y los resultados obtenidos). Finalmente, se incluye un capítulo de *discusión de resultados y conclusiones*, donde se reflejan aquellos datos que esperábamos obtener y el apoyo empírico de los mismos, y se plantean explicaciones para aquellos resultados que no estaban en la línea de los que señalan las investigaciones. En este caso se sugieren explicaciones que le den sentido a los mismos, para promover futuras líneas de investigación que confirmen o refuten estas alternativas en muestras de características comparables. También se incluyen las limitaciones y posibles mejoras de este estudio. En último lugar, se añade un apartado de *referencias*, y otro de *anexos* con los instrumentos de evaluación empleados y las tablas de resultados completas.

II.

FUNDAMENTACIÓN

TEÓRICA

CAPÍTULO 1: APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA PAREJA:

1.1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO GENERAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

Si bien la violencia de género no es un problema nuevo, sí es relativamente reciente su reconocimiento como realidad social. Los términos **“Violencia de Género”** (VG) o **“Violencia contra la Mujer”** son de recién aparición en el discurso de las instituciones internacionales. Fue en 1993, con motivo de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, cuando se introdujo por primera vez éste tipo de violencia, siendo definido como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada. (Naciones Unidas, 1994, p.2)

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) acordó unos años más tarde que la violencia contra las mujeres era una prioridad de salud pública en todo el mundo, e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio. En este informe se refleja que la VG es un fenómeno que se produce en todos los países del mundo (desarrollados, en desarrollo o subdesarrollados), y que afecta a las mujeres en todas las etapas de su vida. Señalan que se trata de una violencia intencional y selectiva que obedece a fines de género de carácter global a través de los cuales se establecen relaciones de poder desiguales, donde las mujeres se encuentran en una posición de subordinación que es perpetuada mediante

el uso de múltiples estrategias violentas en las estructuras públicas y privadas a lo largo del tiempo.

Este tipo de violencia contra las mujeres se ha expresado a lo largo de la historia adquiriendo múltiples formas, desde violaciones sistemáticas, mutilaciones genitales, matrimonios forzados, infanticidio, abortos selectivos, tráfico de mujeres con diversos fines, **violencia contra la mujer dentro de la pareja**, menor acceso de la mujer a educación y alimentos, hasta presencia de violencia en los medios de comunicación, sexismo en la educación, acoso sexual y un largo etcétera. En la actualidad se conceptualiza el término de VG de una forma más amplia, incluyendo todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de sus existencia, comprendiendo todo ataque simbólico y material que afecte a la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física (Cabral y Silva, 2009).

Es importante destacar que pese a que en la actualidad la violencia de género ya se considera como una grave violación de los derechos humanos, y se ha ampliado el conocimiento e intervención sobre esta realidad (al menos en los países desarrollados), aún no existe una respuesta social e institucional suficiente para proteger a las víctimas de este fenómeno, sigue siendo un problema de primera magnitud, y las soluciones a este problema exigen de una intervención compleja y multidisciplinar que aporte protección, comprensión y reparación de las numerosas experiencias traumáticas que forman parte del universo de la violencia contra las mujeres.

Las múltiples formas de expresión de la violencia de género son consideradas como la principal causa de disminución de la calidad de vida, generando graves consecuencias físicas y emocionales, siendo además reconocida como la primera causa de muerte entre las mujeres por la OMS (1996, 2002). En estos informes se señala que es en el contexto doméstico o de la familia donde se expresa de forma más habitual esta problemática y donde corren más riesgos las mujeres. Todo esto provoca que la VG, además de los efectos directos en las víctimas, cree importantes efectos secundarios en la familia, comunidad y economía, constituyéndose como un enorme problema social (Lasheras y Pires, 2003).

Las cifras que han aportado las diferentes investigaciones se cree que subestiman la magnitud real del problema, ya existen diferentes formas de definir el fenómeno de forma global pero pocas definiciones operativas. Además, sigue siendo considerado como un

problema privado por un gran sector de la población, y por ello coexiste, junto a la alarma de salud pública, una gran tolerancia social. Como consecuencia, sólo se conoce una pequeña parte del fenómeno, configurándose la violencia contra las mujeres como un delito todavía oculto, que genera sentimientos de incomprensión e indefensión para las mujeres que lo padecen. Un informe de la OMS (2013) concluye con el enérgico mensaje de que no se trata de un problema que sólo afecta a algunos sectores de la sociedad, sino más bien de un problema de salud pública mundial de proporciones epidémicas, que requiere la adopción de medidas urgentes.

No obstante, la variación observada en la prevalencia de los distintos países, comunidades y regiones pone de manifiesto que la violencia no es inevitable, y que se puede prevenir, especialmente abordando los factores económicos y socioculturales que fomentan una cultura de violencia contra la mujer (OMS, 2013). Por todo ello, es necesario continuar y aumentar el esfuerzo para dar luz y visibilizar este fenómeno, condición necesaria para poder desarrollar e implementar estrategias globales dirigidas a reparar los daños y evitar que se reproduzcan de forma cíclica estructuras violentas de desigualdad que afectan de forma grave y directa a más de la mitad de la humanidad.

1.2. VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA PAREJA:

1.2.1. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.

La violencia dentro del ámbito de la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer si tenemos en cuenta parámetros como su frecuencia y gravedad de sus consecuencias. En términos generales, Leonor Walker (1999, p.23) destaca la siguiente definición:

Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico (normalmente se presentan de forma combinada) y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella.

Todos los estudios señalan que este tipo de violencia dentro del ámbito de las relaciones íntimas, es ejercida por el hombre sobre la mujer en la inmensa mayoría de los casos, por lo que se entiende que la mayor parte de la violencia en el ámbito de la pareja es una expresión de violencia de género. Si bien las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, y también se dan actos de violencia en parejas del mismo sexo, la violencia de pareja es experimentada por las mujeres en una proporción abrumadora (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002; Carbone-López, Kruttschmitt y Mcmillan, 2006; Sánchez Lorente, 2009). Esta tendencia se observa en España, siendo un 85% de las denuncias por violencia dentro de la pareja interpuestas por mujeres (Instituto de la mujer, 2002). En contraste, los estudios señalan que los hombres están mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo (Krug y cols., 2002). En este sentido, Harwell y Spence (2000) concluyen en sus análisis entre personas que han sufrido violencia física en el último año, que el 58% de las mujeres (frente al 10% de los hombres) informan que su agresor era su pareja.

De este modo, surge el término de ***Violencia de Género en el ámbito de la Pareja (VGP)*** para explicar un fenómeno ampliamente extendido donde aparecen “*conductas agresivas que desarrolla el hombre frente a la mujer en el contexto de las relaciones de pareja*”, siendo estos comportamientos recurrentes y basados en una relación de poder desigual (Lasheras y Pires, 2003).

Es necesario resaltar, no obstante, que existe una amplia variedad de términos tanto en el lenguaje popular como en el científico para aludir a este fenómeno: violencia doméstica, intrafamiliar, en el hogar, marital, contra las mujeres, etc. En muchos casos se utilizan como sinónimos, si bien no son exactamente lo mismo (por ejemplo: una relación de malos tratos entre adolescentes que no conviven no estaría recogido dentro del concepto violencia doméstica o del hogar; no todas las parejas están casadas, por lo que la violencia marital parece un término anticuado; además, no toda la violencia intrafamiliar refleja violencia de género, como puede ser el maltrato a un anciano).

Y es que desde que fuera aprobada en España la Ley Orgánica de Protección Integral contra la Violencia de Género en 2004, se ha mantenido la confusión entre violencia de género y violencia doméstica. En este sentido, el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E., 2013, p. 19) da un paso para aclarar ambos conceptos, y los define como:

- ***Violencia de género:*** *todo acto de violencia física o psicológica (incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad) que se ejerza contra una mujer por parte del hombre que sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por una relación similar de afectividad aún sin convivencia.*
- ***Violencia doméstica:*** *todo acto de violencia física o psicológica, ejercido tanto por un hombre como por una mujer, sobre cualquiera de las personas enumeradas en el artículo 173.2 del Código Penal (descendientes, ascendientes, cónyuges, hermanos, etc.), a excepción de los casos específicos de violencia de género.*

Como se puede apreciar, violencia doméstica actuaría como sinónimo en este caso de violencia intrafamiliar, si bien hay que señalar que en los estudios internacionales el término

“*domestic violence*” suele ser empleado también como sinónimo del concepto de violencia de género en el ámbito de la pareja (si bien el término “*intimate partner violence*” se postula cómo el término más empleado en la actualidad). Desde esta investigación se entiende el concepto de violencia de género como un concepto más general que el que se manifiesta en el entorno de las vinculaciones afectivas íntimas (abarca la sumisión y el control de la vida de las mujeres, tanto en espacios públicos como privados o íntimos), por lo que a la hora de referirnos al maltrato de un hombre contra una mujer en el contexto de las relaciones de pareja, haremos referencia al término “Violencia de género en el ámbito de la pareja” o con sus siglas “VGP”, para reflejar exacta y simultáneamente la amplitud y precisión del concepto.

Tras precisar la terminología en este campo, podemos decir que existe VG en el seno de la pareja cuando se crea entre ambos una situación de abuso de poder en la que el hombre trata de controlar a su pareja, arremetiendo física, psicológica y/o sexualmente contra la mujer, lo que trae como consecuencia un aumento de la vulnerabilidad e indefensión por parte de la víctima. Amor, Bohórquez y Echeburúa (2006) insisten en no confundir una mala relación de pareja (donde pueden coexistir broncas, desaparición del afecto o deseos de finalizar la relación) con la violencia psicológica, de carácter más intenso y permanente, y con consecuencias clínicas graves para la víctima (estrés postraumático, depresión, aislamiento social, déficit de autoestima, etc.). Lo que permite distinguir entre la VG de pareja de un simple conflicto conyugal no serían las agresiones físicas o las palabras hirientes, sino como señala Hirigoyen (2006, p.15), “*la asimetría de la relación*”; en un conflicto conyugal se conserva la identidad de cada uno y se respeta al otro en tanto persona, mientras que cuando se instaura la violencia en una relación de pareja, lo que está en juego es dominar al otro y someterle a los propios deseos y necesidades.

Este tipo de violencia suele comenzar de un modo insidioso, normalmente desde el inicio de la relación (durante el noviazgo), e instaurarse de forma gradual en frecuencia en intensidad, resultando difícil de reconocer incluso por la propia mujer. Una vez que aparece el primer episodio intenso de maltrato, y a pesar de las expresiones de arrepentimiento del agresor, la probabilidad de nuevos episodios (y por motivos cada vez más insignificantes) será mucho mayor, con elevadas probabilidades de instaurarse de forma crónica (Echeburúa,

Amor y cols., 2002). Además, no es raro que el agresor abuse de su mujer durante el embarazo (lo que supone un serio riesgo tanto para la madre como para el niño/a), siendo elevado el número de estudios que encuentran maltrato en los hijos de mujeres víctimas de violencia de género (Matud, 2005).

1.2.2. SUBTIPOS DE VIOLENCIA.

Existen distintos tipos de violencia que pueden manifestarse en una relación de malos tratos, los cuales normalmente suelen aparecer combinados. Por todo ello, puede resultar un tanto artificial la diferenciación en sus distintas formas de expresión, ya que es un fenómeno único e indivisible, si bien estas diferenciaciones son útiles y necesarias para poder estudiar el fenómeno. En consecuencia, es útil distinguir entre:

- **Violencia física:** comprende las conductas activas en las que se usa la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, del tipo empujones, golpes, bofetadas, quemaduras, puñetazos, patadas, palizas, utilización de armas u objetos con la intención de hacer daño, intentos de homicidio o asesinato (Lasheras y Pires, 2003). También contempla la omisión de ayuda ante enfermedades o lesiones derivadas de las agresiones. Este tipo de maltrato suele ser el más evidente y fácil de identificar, si bien suele venir precedido por el maltrato psicológico.
- **Maltrato psicológico o emocional:** cualquier conducta, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, como un intento de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Se manifiesta en forma de insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, abandono, expulsión del hogar, imposición de un sistema de creencias políticas o religiosas, incomunicación, silencios, chantajes, amenazas, gestos amenazantes,

culpabilización de las conductas violentas de él, hostigamiento telefónico o asilamiento social (Lasheras y Pires, 2003).

- **Maltrato sexual:** puede ser considerado como una modalidad del maltrato físico, y comprende cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de intimidación o coacción. Se puede producir aunque no haya violación, a través de imposición de relaciones sexuales no deseadas por miedo a ser agredidas física o emocionalmente (Lasheras y Pires, 2003)

Estas formas de maltrato suelen ir acompañadas de otras expresiones de violencia que son importante destacar:

- **Maltrato social:** conductas dirigidas al aislamiento de la víctima, privación de relaciones sociales y humillación de éstas (Instituto de la Mujer, 2002). Estaríamos antes conductas que ejercen un control abusivo de la vida de la pareja, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de conversaciones, impedimento para el desarrollo de amistades y relaciones sociales, así como intentos de restricción de las relaciones familiares (Blázquez y Moreno, 2005).
- **Maltrato económico o financiero:** conductas dirigidas a controlar de forma estricta el manejo del dinero por parte de la mujer, que debe rendirle cuentas al maltratador de todos los gastos que realiza. Este control se produce independientemente de que la mujer tenga o no trabajo remunerado, siendo común que el agresor sea quien le impide realizar un trabajo asalariado (Lasheras y Pires, 2003). Incluye el impedimento a cuentas, retención de dinero, limitar la participación de la mujer en los bienes comunes, negativa a los derechos de la propiedad, etc.
- **Maltrato ambiental:** comportamientos agresivos que pretenden intimidar a la mujer dañando el medio que le rodea: rotura de objetos de uso personal o que

estén impregnados de un cariño especial para las mujeres (Lasheras y Pires, 2003).

- **Maltrato espiritual:** conductas que consisten en obligar a otra persona a aceptar un sistema de creencias cultural o religioso determinado, o dirigidas a erosionar o destruir las creencias de otro a través del ridículo o el castigo (Martín, 2012).

Los datos señalan que el maltrato psicológico es la forma del maltrato más común entre las mujeres que se clasifican como maltratadas, seguido del maltrato sexual, físico y económico (Instituto de la Mujer, 2002). A su vez, la violencia psicológica puede ser inherente a la violencia física, anteceder a la misma, o bien se puede dar al margen de estas agresiones. Es importante destacar que el impacto de la violencia emocional (o psicológica) puede tener igual o mayores consecuencias para la salud que las agresiones físicas, de tal modo que la OMS (1998) destaca que el peor aspecto de los malos tratos en la pareja no es la violencia física, sino la “tortura mental” y el “vivir con miedo y temor”. En este sentido, Yoshihama y Horrocks (2002) recogen cómo un gran número de estudios han encontrado que la violencia emocional está asociada significativamente con el malestar psicológico.

Como se ha señalado, la violencia física no tiene porqué manifestarse, si bien cuando aparece, el patrón más común es que inicialmente comience el maltrato psicológico para más tarde aparecer el maltrato físico. Cuando ambos tipos de maltrato (físico y emocional) se experimentan en una relación violenta, es habitual que aparezca el patrón cíclico de violencia que formuló Walker en su Teoría del ciclo de la violencia conyugal (Blázquez y Moreno, 2005).

Hirigoyen (2006) pone de manifiesto como con demasiada frecuencia se pone el foco de atención en la parte visible de la VGP, esto es, la agresión física. Esta autora señala que, si bien suele ser lo que primero se detecta y lo que motiva a denunciar después, tan sólo se trata de la punta del iceberg. El maltrato comenzaría mucho antes de los empujones y los golpes, a través de comportamientos abusivos, intimidaciones y microviolencias cuya función es ir preparando el terreno. De hecho, sería difícil, comenta Hirigoyen, la distinción entre violencia psicológica y física, ya que cuando un hombre pega a su mujer, su intención no es ponerle un ojo morado, por ejemplo, sino demostrarle que él es el que manda y que lo único que debe

hacer ella es “portarse bien”, lo que convierte a las agresiones físicas en un potente mensaje de dominación.

Por lo tanto, si bien a nivel experiencial las distinciones entre subtipos de violencia resultan artificiales, es importante visibilizarlas a la hora de poder investigar el fenómeno y tener en cuenta más allá de los efectos observables que suelen acompañar a las agresiones físicas.

1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VGP.

Resulta difícil estimar la verdadera incidencia de la VGP en nuestra sociedad, ya que existe un bajo porcentaje de denuncias, bien sea por el miedo a la propia integridad, la esperanza de cambio, la vergüenza, la dependencia emocional y/o económica, el desconocimiento de los derechos y recursos existentes, la desconfianza en la Justicia, y un largo etc. Además, la mayoría de los estudios de prevalencia se han centrado en la violencia física y sexual, siendo mucho menos común el reflejo de la epidemiología en lo que respecta a la violencia psicológica (que paradójicamente parece ser la más prevalente en este tipo de relaciones).

Considerando la **población mundial**, se estima que una de cada cuatro mujeres sufrirán violencia física o sexual, o ambas, por parte de su compañero sentimental, en algún momento de sus vidas (Bostock, Plumpton y Pratt, 2009). Un estudio multi-país (WHO, 2005) reveló que entre el 15% y el 71% de las mujeres han sufrido violencia física o violencia sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas, y que la prevalencia de violencia psicológica se situaba entre un 20% y 75%, provocando una amplia gama de problemas físicos, mentales y de salud sexual a corto y largo plazo. Respecto al porcentaje de mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja física, sexual o ambas, durante el último año previo, los estudios (WHO, 2005; Heise y García-Moreno, 2002) indican una proporción que oscila desde el 3% al 54% de las mujeres (3% en Australia, Canadá y Estados Unidos, 4% en Japón, Serbia y Montenegro, 27% en Nicaragua, 38% en República de Corea, 52% de mujeres palestinas, y 54% en Etiopía). Los resultados de la OMS en su informe de 2013 revelan que a nivel mundial, un 30% de las

mujeres han experimentado violencia física y/o sexual por parte de sus parejas, y que un 38% de los feminicidios son realizados por sus parejas. Similares cifras encuentran Devries, Mak, García-Moreno, Petzold y Child (2013), que analizan las prevalencias de violencia sexual y física obtenidas a nivel mundial en 81 países durante el año 2010, encontrando que el 30% de las mujeres mayores de 15 años han experimentado a lo largo de su vida, algún tipo de agresión física y/o sexual por parte de su pareja.

En **Estados Unidos**, las cifras indican que entre 1,5 millón y 2 millones de mujeres son víctimas de VGP anualmente (Hamberger, Saunders y Hovey, 1992; Klopfer, Schweinle, Eactilffe y Elhai, 2014). Según la Asociación Médica Americana (Amor y cols., 2006, p.130):

- *Una de cada cuatro mujeres americanas es víctima de violencia doméstica al menos una vez en su vida*
- *La violencia doméstica supone el 30% del total anual de mujeres asesinadas, y la mayor causa de sufrimiento y de lesiones para las mujeres entre 15 y 44 años.*

Una revisión **canadiense** de la prevalencia de VGP detectada en consultas de atención médica concluyó, analizando 37 revisiones y meta-análisis, que el porcentaje de mujeres que ha experimentado en su vida algún tipo de VG en la pareja ascendía al 38% en atención primaria y al 40% en servicios de urgencias (Sprague y cols., 2014).

En **Brasil**, un estudio realizado en mujeres que dieron a luz en un hospital encontraron una prevalencia de VGP del 36,6% para el maltrato psicológico, del 23,4% para el maltrato físico, y de un 7,1% para el sexual (Faisal-Cury, Menezes, Pires, Schaiber y Lopes, 2013).

En Europa, se estima que entre el 18% y el 58% de las mujeres han sido sometidas a violencia física por parte de sus parejas (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa y Martín, 2004), resaltando que los datos sugieren que este tipo de violencia física suele coexistir con la violencia psíquica y sexual, pese a que apenas hay estudios sobre estas dos últimas. En este sentido, Martínez y Schöttle (2006) reflejan cómo los estudios en Europa (realizados en Inglaterra y Gales, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Holanda, Islandia, Lituania, Portugal, Rusia, España, Suecia y Suiza) indican que a lo largo de su vida, entre el 4% y el 20% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual, entre el 19% y el 42% lo han sido de violencia psicológica, y entre el 6% y el 25% de violencia física.

En **España**, el referente más utilizado por las personas expertas en relación con la magnitud de la violencia contra la mujer lo constituyen las macroencuestas promovidas en tres ocasiones (1999, 2002 y 2006) por el Instituto de la Mujer (organismo adscrito al Ministerio de Igualdad), cuyos resultados reflejan en el último estudio que en el 9,6% de las mujeres son consideradas técnicamente como “maltratadas”, mientras que un 3,6% de las mujeres se autoclasifican como “maltratadas” durante el último año, dentro de la esfera de las relaciones de pareja. La diferencia entre las mujeres objetivamente maltratadas y las que se consideraban a sí mismas maltratadas puede interpretarse como un indicador de que para muchas mujeres el hecho de estar sometidas a humillación, desprecio, abuso sexual y control de sus vidas por parte de sus parejas forma parte de la normalidad de sus relaciones, sin tener conciencia de la dignidad e igualdad a la que tienen derecho, y sin lograr evidenciar que están inmersas en relaciones destructivas (Blanco, y cols., 2004). Estos datos, sin embargo, tan solo reflejarían “la punta del iceberg” de una realidad más amplia; por ejemplo, el Ministerio de Asuntos Sociales, recoge que hay más de 600.000 mujeres que son víctimas de maltrato habitual (el 4% de la población femenina adulta), estimando que la cifra asciende a más de dos millones (el 15%) entre las que confiesan haber sido víctimas de maltrato en algún momento de su vida (Amor y cols., 2006).

Otro gran número de estudios en España sobre violencia contra las mujeres se han realizado en el ámbito sanitario, ya que se ha comprobado que las mujeres que sufren malos tratos hacen mayor uso del sistema sanitario; en este ámbito se manejan cifras del maltrato que oscilan entre el 20% y 55% en todo el mundo (Ruiz-Pérez y cols., 2006). Estos autores realizan un estudio transversal en 23 consultas de atención primaria de Andalucía, Madrid y Valencia, y obtienen una prevalencia del 32% de mujeres con algún tipo de maltrato a lo largo de su vida.

Otro estudio realizado mediante encuestas a mujeres que pertenecían a la base de datos de la Seguridad Social en la Comunidad de Madrid (Zorrilla y cols., 2011) obtiene una prevalencia del 12% de mujeres que cumplen con la definición de maltrato, si bien un 30% de ellas afirma sentirse maltratada.

Más recientemente, Martín-Baena y cols., (2015), encontró que el 27,6% de las mujeres entre 18 y 25 años que acudían a consultas de atención primaria en el Municipio de Madrid informaron de antecedentes de abuso.

En el ámbito de la salud mental, un estudio en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Polo, 2001; citado en Garriga y García-Sancho, 2010) encontró que, tras incluir una escala de detección de maltrato, la prevalencia de maltrato físico en pacientes ambulatorias fue del 28,1% y la del maltrato psicológico ascendió a un 75%.

Una trabajo más reciente sobre prevalencia de VGP en salud mental realizado en el municipio de Madrid encontró que el 30,3% de las mujeres estudiadas habían experimentado violencia en los últimos doce meses, y que esta cifra ascendía al 79,6% si se tenía en cuenta algún episodio a lo largo de su vida (Cases, Polo, González, López, Rullas y Fernández, 2014).

En relación con la **coexistencia de los diversos tipos de maltrato**, hay que destacar la dificultad para encontrar datos sobre este tipo de prevalencia, ya que se trata de un campo de investigación relativamente reciente, y la mayoría de los datos están basados en la violencia física, por lo que las variaciones entre países podrían ser reflejo más de variaciones metodológicas (la forma de formular las preguntas, el grado de privacidad de las entrevistas, la naturaleza de la población examinada, por ejemplo) y no de diferencias reales de las tasas de prevalencia (Krug y cols., 2002). No obstante, en España se han realizado diversos estudios, centrados especialmente en mujeres que acuden a atención primaria (ver *Tabla 1.1.*). En este sentido, un trabajo realizado en la provincia de Granada (Mata y Ruiz Pérez, 2002; citados en Blanco y cols., 2004) encontró que la forma más frecuente era el maltrato emocional (22,3%), seguido del físico (9,8%) y el sexual (5,1%), y que los diferentes tipos coexisten en una proporción elevada en mujeres. Otro estudio realizado en 23 consultas de Andalucía, Madrid y Valencia (Ruiz-Pérez y cols., 2006) reveló que el 14,4% de su muestra fue maltratada emocionalmente, un 7,1% de las mujeres experimentaron maltrato emocional y físico a la vez, el 6% declaró sufrir conjuntamente los tres tipos de maltrato y, por último, un 2,5% de las mujeres estudiadas revelaron vivir violencia sexual. En términos globales (sin ser cada tipo de violencia mutuamente excluyente), Ruiz-Pérez y cols. detectan que las mujeres estudiadas sufren a lo largo de la vida 30,8% de maltrato emocional, un 14% de maltrato físico y un 8,9% maltrato sexual.

Un estudio realizado específicamente con mujeres maltratadas chilenas reflejó que el 100% de la muestra presentó violencia psicológica, un 76,3% había sufrido maltrato físico, y un 49,5% informaba de violencia sexual (Rivas-Díez y Sánchez- López, 2012). Labra (2014),

también con mujeres chilenas, encontró que la mayoría de las mujeres maltratadas de su investigación (un 58,4%) habían experimentado violencia psicológica, física y sexual (mientras que un 33,7% informó de maltrato físico y psicológico, y un 7,9% de maltrato exclusivamente psicológico, estando esta violencia siempre presente).

Tabla 1.1.: Prevalencias de los distintos tipos de malos tratos (sin ser excluyentes entre sí) en estudios de atención primaria en España

	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Maltrato sexual
Mata y Ruiz-Pérez (2002) *	9,8%	22,3%	5,1%
Ruiz-Pérez y cols. (2006)	14%	30,8%	8,9%
Rango de prevalencia total	9,8-14 %	22,3-30,8%	5,1-8,9%

* Citados en Blanco y cols. (2004)

Matud (2004) refleja en su investigación con mujeres maltratadas la siguiente distribución: lo más frecuente eran los abusos físicos y psicológicos (46%), físicos, psicológicos y sexuales (33%), sólo psicológicos (16%), y psicológicos y sexuales (5%). Por su parte, Amor, Echeburúa, De Corral, Sarasúa y Zubizarreta (2001) encuentran que el 38% de las víctimas acuden a consulta por un problema de maltrato exclusivamente psicológico.

El porcentaje de distribución de subtipos de violencia encontrados en centros de salud mental del municipio de Madrid (Cases, 2014) refleja que el más frecuente es el abuso psicológico (29,6% durante el último año, y un 66,9% a lo largo de su vida), seguido del físico (8,5% en el último año, y un 48,6% en algún momento de su vida), y por último, el maltrato sexual (con un 4,2% en el anterior año, y un 33,1% a lo largo de su vida).

Respecto a las **denuncias** por malos tratos, se estima que el porcentaje de mujeres maltratadas que denuncian es muy bajo, entre un 2% y 10% (Echeburúa y Corral, 2009;

Walker, 1979; Blanco y cols., 2004; Dutton y Painter, 1993). En España, los últimos datos indican que en 2014 se realizaron 126.742 denuncias por VG (Consejo General del Poder Judicial, 2014), destacando que:

- La mayoría de las denuncias reflejan un delito de lesiones (73,9%).
- El 12,40% renuncia al proceso judicial tras interponer denuncia.
- En un 26% de las denuncias se acuerdan medidas de órdenes de protección.
- En relación con el parentesco, un 33% de los agresores son ex-parejas, un 30% de parejas, y un 25% de cónyuges frente a un 12% de ex-cónyuges. O mirado de otro modo, un 55% de las denuncias son dirigidas a hombres con los que se mantiene una relación en el momento de la denuncia, frente a un 45% de denuncias interpuestas a hombres con los que se ha terminado la vinculación afectiva en el momento de denunciar.
- La tasa de denuncias en España es de 53,29 denunciante por cada 10.000 mujeres.
- El 51% de las sentencias son condenatorias (el 46% de ellas con conformidad), frente al 49% de sentencias absolutorias.

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E., 2013) ha publicado por primera vez los datos oficiales con los que se cuenta en materia de violencia de género en España sobre el año 2011, señalando que el número total de víctimas de violencia de género inscritas en el Registro (casos en fase de instrucción judicial) asciende a 32.242 mujeres, resultado una tasa de 155,7 por cada 100.000 mujeres. En la Comunidad de Madrid, los datos que aporta el Consejo General de Poder Judicial (CGPJ, 2014) señalan que en la Comunidad de Madrid se realizaron, 19.270 denuncias, lo que implica que 58 de cada 10.000 mujeres denunciaron, obteniéndose un 27% de órdenes de protección en relación con las denuncias.

Con respecto a la **cronicidad** del problema, en más del 70% de los casos la violencia tiene una duración de más de 5 años (Instituto de la Mujer, 2000, 2002). Otro estudio en España encontró una media de duración de 11 años de relación maltratante (Matud, 2005). Ruiz Pérez y cols. (2006) reflejan que el 38,4% de las mujeres maltratadas de su muestra refirió haber sufrido maltrato durante más de cinco años. Estos autores concluyen que a medida que el tiempo de duración de los malos tratos, aumenta la frecuencia de los mismos. En una muestra

chilena, Rivas-Díez y López-Sánchez (2012) obtienen una media de casi 16 años de relación, reportando que en la mayoría de los casos la violencia estaba presente desde el noviazgo o desde el primer año de matrimonio o convivencia (56,7 y 24,7% respectivamente). En otra muestra de mujeres chilenas maltratadas, Labra (2014) encontró que la duración media se situaba en los 11 años.

1.2.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS.

Las mujeres víctimas de malos tratos no son un grupo uniforme, pese a los numerosos intentos de agrupar características comunes previas al maltrato que pudieran en parte justificar el fenómeno de la violencia contra la mujer, como un intento tranquilizador de responsabilizar a las víctimas. Durante mucho tiempo, se recurrió erróneamente a explicar cierta predisposición de algunas mujeres por su patología en la personalidad (dependiente, histriónica e incluso masoquista) y así lograr entender por qué algunas mujeres permanecían o retomaban una relación de abuso, intentando culpabilizar a la víctima de su propia situación de maltrato, y favoreciendo como consecuencia la “doble victimización de la mujer” (víctima no solo de su terrible situación de maltrato, sino también por una serie de acusaciones que la responsabilizan de dicha situación).

No obstante, la mayoría de los y las profesionales han dejado de estigmatizar a las víctimas de VGP, y están de acuerdo en afirmar que no presentan un perfil típico, y se encuentran en todos los grupos sociales y en todos los niveles socioculturales (Hirigoyen, 2006). Por lo tanto, en la actualidad, existe suficiente documentación que demuestra que previo al maltrato, no existen características psíquicas diferentes entre las mujeres víctimas de VGP y las que no lo son. De este modo, los estudios señalan que la única característica común a todas las víctimas es precisamente ser mujer, por lo que cualquier mujer es vulnerable a poner verse envuelta en este tipo de situaciones.

A falta de encontrar un perfil de las mujeres que corren peligro de convertirse en víctimas, lo que sí se ha constatado es que las mujeres que sufren VGP cuentan con una serie de sintomatología postraumática similar, puesto que el hecho de estar sometida a una relación de violencia tiene graves consecuencias para la salud femenina; estas consecuencias psicopatológicas vendrán desarrolladas en el Capítulo 3 de esta investigación. A continuación se desarrollan características sociodemográficas que se han encontrado de forma más consistente en los estudios con víctimas de violencia de género, así como se apuntan los factores de riesgo que la literatura científica ha constatado como facilitadores de mayor vulnerabilidad a experimentar o mantener una relación de violencia de género en la pareja.

1.2.4.1. Características sociodemográficas:

La mayoría de los estudios sobre víctimas de VG se realizan en poblaciones seleccionadas, que no representan al total de la población ya que no todas las mujeres que padecen esta problemática acuden a Servicios Sociales y/o Servicios especializados en atención a VG. No obstante se estima pertinente mostrar el reflejo de lo que se obtiene en dichos estudios, a modo de fotografía que refleje las características de las mujeres que se encuentran o ya han experimentado una relación de malos tratos.

En España, uno de los primeros estudios realizado en casas de acogida de la Comunidad de Madrid entre los años 1985 y 1997 (Informe del Defensor del Pueblo, 1998) obtiene:

- El 70,6% de las mujeres están casadas y el 28,4% en unión consensuada.
- La edad media es de alrededor de 33 años.
- El 62% tiene estudios primarios o menos, y solo el 1,34% tiene estudios universitarios.
- La media de años de convivencia es de 10 años.
- La media de maltrato es de 7,5 años.

- El 48% de las mujeres atribuye el maltrato al alcohol y el 23,6% al consumo de drogas.

A través de los resultados obtenidos en el año 2000 por el Instituto de la mujer se obtienen más detalles (Lasheras y Pires, 2003):

- Las mujeres que declaran maltrato tienen menores ingresos, parecido nivel de estudios y estaban en paro con más frecuencia que el conjunto de las mujeres encuestadas.
- En cuanto a sus parejas, tenían menor nivel de estudios, con mayor frecuencia estaban en paro y el 44% de los casos tenían o habían tenido problemas con el consumo de alcohol u otras drogas.

Otro estudio realizado en una muestra de 2012 mujeres víctimas de VG que acudieron a diferentes centros de atención psicológica (Amor, y cols., 2001) refleja que aunque las víctimas que acuden en busca de tratamiento psicológico son relativamente jóvenes (menores de 40 años), cuentan con una larga historia de maltrato, suelen estar casadas o en trámites de separación, y en su mayor parte, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo (conviene señalar que las personas con menores recursos suelen acudir a este tipo de recursos públicos y gratuitos, a diferencia de las víctimas con mayor capacidad adquisitiva). Además, solo una pequeña parte de estas mujeres (10%) han tenido una historia psiquiátrica anterior al maltrato sufrido, por lo que se trataban de mujeres que presentaban equilibrio mental antes del maltrato, y que actualmente sufren trastornos psicológicos como consecuencia de la exposición crónica a la violencia relacional.

En este mismo estudio, el 44% de las víctimas seguía viviendo con el agresor, si bien un 29% llevaba al menos 3 meses separada. La mayoría de las mujeres había sufrido tanto violencia física como psicológica, pero un tercio del total sufría exclusivamente maltrato psicológico. En términos generales, la violencia era de gran intensidad, como indica que un tercio había sido forzada sexualmente por su pareja, un 43% había sufrido maltrato durante el embarazo, y en el 63% de los casos el maltrato se había extendido también contra los hijos/as. Respecto a los antecedentes familiares, el 20% sufrió o fue testigo de maltrato en la familia de origen.

Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarcas-Iglesias y Humphreys (2005) no encontraron asociación estadísticamente significativa entre la violencia doméstica con factores sociodemográficos. No obstante, llama la atención en este estudio el hecho de que las mujeres que no trabajan, tienen bajo nivel de escolaridad y bajos ingresos aparecen como las más vulnerables, ya que presentan altos niveles de violencia, de distrés y baja resiliencia.

En un estudio comparativo entre mujeres maltratadas y no maltratadas en España, se encontró alta variabilidad de características sociodemográficas en ambos grupos de mujeres, sin existir diferencias significativas en nivel de estudios, ocupación, estado civil ni número de hijos, a excepción de la variable “edad”, ya que la media del grupo de mujeres maltratadas era algo menor (Matud, 2005).

Vives-Cases y cols. (2010), en una investigación con mujeres que acudían a atención primaria (y una muestra total formada por 9413 españolas y 635 inmigrantes) encontraron mayor probabilidad de experimentar VGP en las mujeres con mayor edad (más de 40 años), separadas o divorciadas, con menor nivel educativo, bajos ingresos y poco apoyo social. Estas asociaciones fueron mayores en el caso de las mujeres inmigrantes para todas las variables a excepción del apoyo social.

Un estudio más reciente en la Comunidad de Madrid (Zorrilla y cols., 2011) obtiene las siguientes características socioeconómicas de las mujeres maltratadas:

- El grupo de edad más prevalente es el de 25-39 años (36,7%), seguido del de 40-54 años (29%), 55-70 años (18,5%) y 18-24 años (15,9%) respectivamente.
- El 51% de las mujeres estaba casada.
- El 63% eran de origen español (frente al 21,1% de América central y sur, un 5,9% de África, un 5% de Europa del Este, y un 4,7% de Europa Occidental).
- La mayoría de las mujeres tenían estudios primarios o menores (48,1%), un 31% tenía estudios secundarios y un 20,2% estudios universitarios.
- El 42,5% de las mujeres eran de clase social media.

- Más de la mitad de ellas trabajaban (61,9%), un 17,6% estaba en paro, un 15,8% era ama de casa y un 4,7% estaban estudiando.
- En cuanto a la descendencia, un 48,8% tenía entre 1-2 hijos, un 32,3% no tenía hijos/as y finalmente, el 19,3% tenía 3 o más hijos/as.

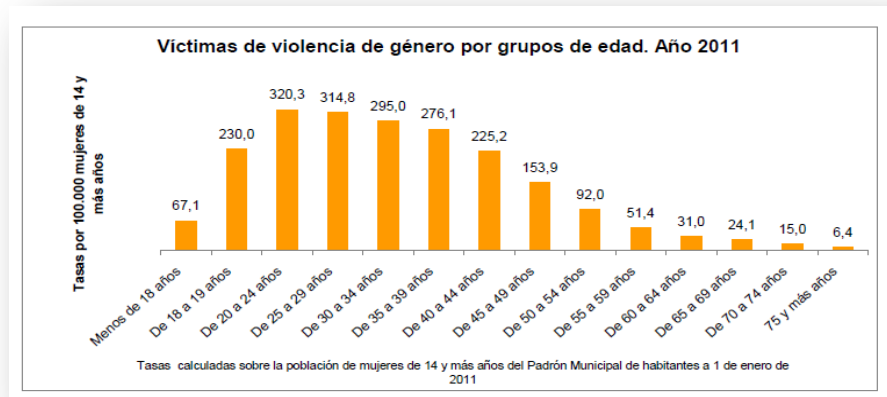
En Valencia (Escribà-Agüir, Marqués, Artacoz, Romito y Ruiz-Pérez, 2013) se evaluó determinadas características sociodemográficas en una amplia muestras de mujeres embarazadas que habían sufrido violencia psicológica, obteniendo el siguiente perfil sociodemográfico:

- Más de la mitad tenían entre 24 y 27 años.
- El 65% estaban casadas.
- El 27,4% tenían estudios de grado universitario.
- El 76,2% contaba con empleo.
- La mayor parte eran españolas.

Además, el Instituto de la Mujer (2006) refleja que en cuanto a la “edad”, las mujeres entre 45 a 64 años era el grupo de edad con más porcentaje de malos tratos, seguido por los intervalos de edad 30-44, 18-29 y más de 65 años, respectivamente. Otro estudio de prevalencia a nivel mundial (OMS, 2013) indica, sin embargo, que el grupo de edad con mayor porcentaje de experimental maltrato es el de 40-44 años, seguido muy de cerca del tramo de 35-39 años. El I.N.E. (2013) indica que más de la mitad de las víctimas de VG involucradas en procesos judiciales en esta materia, corresponden al rango de edad entre 25 y 39 años (ver *Figura 1.1.*).

Figura 1.1. Víctimas de violencia de género por grupos de edad. Año 2011

(FUENTE: I.N.E., 2013)



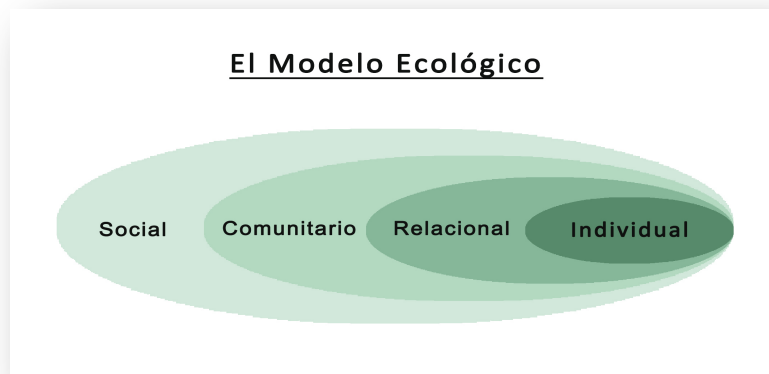
En cuanto al “origen sociocultural” de la víctima, el I.N.E. (2013) concluye que el 64,2% del total de mujeres víctimas de violencia de género en el año 2011 son españolas.

1.2.4.2. Factores de riesgo:

Si tenemos en cuenta que cualquier mujer, sea cual sea su personalidad o su posición social, puede verse obligada a sufrir la violencia de su pareja, se pueden resaltar ciertos factores de vulnerabilidad que facilitan, en ocasiones, el aumento de la intensidad del maltrato, el enganche y la dependencia en una relación violenta y la disminución de las defensas de la mujer para salir de una vinculación destructiva. De este modo, el reconocimiento de los factores de riesgo es sumamente importante a la hora de poder prevenir o disminuir la probabilidad de la violencia infligida por la pareja.

Para una exposición completa de estos factores de riesgo se adopta el marco teórico que ofrece el “Modelo Ecológico” que proponen Krug y Dahlberg (Krug y cols., 2002), ya que permite la inclusión de estos factores desde múltiples esferas de influencia, aportando los factores que este modelo propone, y añadiendo otros factores importantes obtenidos en otras investigaciones (ver *Figura 1.2.*).

Figura 1.2. Modelo Ecológico de Dahlberg y Krug (FUENTE: Krug y cols. 2002)



En el presente trabajo, los factores psicológicos pertenecerían a la esfera individual (que son en los que se centra el foco de atención en este estudio), y los modelos de género se sitúan en los factores de riesgo sociales. De este modo, podemos destacar cuatro esferas de influencia (OMS, 2010; Krug y cols. 2002):

a) Esfera Individual:

Comprende los factores biológicos y los relacionados con los antecedentes personales de las víctimas:

– *Edad temprana:*

Se ha observado de manera constante que la edad temprana de la mujer es un factor de riesgo para ser víctima de violencia física dentro de la pareja (Harwell y Spence, 2000; Romans, Forte, Du Mont y Hyman, 2007; Vest, Catlin, Chen y Browson, 2002; OMS, 2010) y que las mujeres jóvenes están en mayor riesgo de violación que las mujeres mayores (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002). Zorrilla y cols. (2011) obtienen, en un estudio reciente en la Comunidad de Madrid, que la edad más asociada a la prevalencia de maltrato es de 18 a 24 años. Pérez-Ruiz y cols. (2006) informan en su estudio que respecto a la edad, aquellas mujeres que informaban de maltrato emocional y físico combinado eran ligeramente más jóvenes que las mujeres que nunca habían sido abusadas.

– *Educación:*

La relación entre el grado de instrucción y el riesgo a sufrir VGP es compleja (OMS, 2010). Por un lado un bajo nivel de instrucción es el factor que se asocia de manera más constante con el padecimiento de VGP a nivel mundial (Ackerson, Kawachi, Barbeau y Subramanlan, 2008; Boy y Kulczycki, 2008; Boyle, Georgiades, Cullen y Racine, 2009; Brown, Thurman, Bloen y Kendall, 2006; Chan, 2009), encontrándose de dos a cinco veces más riesgo de sufrir VGP en las mujeres con menor nivel de educación (Ackerson y cols., 2008). En este sentido, se entiende que un bajo nivel de educación disminuye el contacto que tienen las mujeres con los recursos existentes y su acceso a los mismos, aumenta la aceptación de la violencia y mantiene la disparidad de las normas de género no equitativas (OMS, 2010). Por su parte, Zorrilla y cols. (2011) obtienen en su estudio en la Comunidad de Madrid, que tener un alto nivel de estudios resulta un factor protector. Por el contrario, no tener estudios o solo tener educación primaria está significativamente asociado con el maltrato emocional y sexual (Lasheras y Pires, 2003).

Pero por otro lado, también otros estudios señalan que un grado alto de instrucción aumenta el riesgo de sufrir maltrato sexual dentro de la pareja (Ackerson y cols., 2008). Boyle y cols. (2009) señalan que la relación entre nivel educativo y VGP estaría mediada por el nivel de aceptación del maltrato en la comunidad. Parece necesaria más investigación para aclarar la forma en que interactúa el nivel educativo con los diferentes tipos de violencia dentro de la pareja.

– *Ocupación laboral remunerada:*

En un amplio estudio en atención primaria en España, Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, Blanco-Prieto y cols. (2006) encontraron que estar desempleada se asoció al maltrato físico y emocional, mientras que tener un empleo no estaba asociado a ningún tipo de abuso. En cuanto a los ingresos, las mujeres con menos de 600 euros al mes tenían más probabilidad de experimentar VGP en todas sus expresiones (emocional, físico y sexual), mientras que las mujeres con mayores ingresos fueron las que menos maltrato informaron.

Por su parte, Dougé, Lehman y McCall-Hosenfeld (2014) obtienen en una muestra de mujeres que han sufrido VGP, que la intensidad de la violencia estuvo más relacionada con la sintomatología depresiva consecuente en aquellas mujeres que se encontraban desempleadas,

apoyando la idea de que no contar con trabajo remunerado es un factor de riesgo para las consecuencias traumáticas del maltrato.

– *Exposición a maltrato infantil:*

Diversos estudios han puesto en evidencia que la exposición a la violencia durante la niñez (sobre todo la violencia entre los padres y el abuso sexual), presenta una correlación positiva con el hecho de ser víctima de VGP (Martin, Taft y Resick, 2007; Söchting, Fairbrother y Koch, 2004; Vung y Krantz, 2009; Hotaling y Sugarman, 1986). Esta exposición a la violencia puede aumentar la probabilidad de normalización y aceptación de la violencia de la víctima en relaciones futuras (OMS, 2010).

En este sentido, Rich, Gidycz, Warkentin, Loh y Weiland (2005) realizaron un estudio longitudinal con 551 estudiantes universitarias norteamericanas, y encontraron que tanto los malos tratos por parte del padre como de la madre predecían la victimización de violencia en la pareja, y, en particular, que los problemas interpersonales y los malos tratos por parte de los padres predecían la victimización de tipo sexual.

Por su parte, Riggs, Caulfield y Street (2000) recogen numerosos estudios que apoyan la idea de que ser víctima de violencia en la familia de origen es uno de los factores que más robustamente se correlacionan con ser víctima de VGP (Jackson, 1996; Kalmuss, 1984; Hotlating y Sugarman, 1986; Kantor y Straus, 1989).

Cases y cols. (2014) señalan en su investigación sobre prevalencia de VGP que sufrir maltrato en la infancia es un factor de riesgo que duplica el riesgo de ser víctimas de maltrato en la etapa adulta.

La gran mayoría de las mujeres víctimas de VGP analizadas por Labra (2014) manifestaron haber vivido violencia en su familia de origen, ya que el 74,3% declaraba haber experimentado en su infancia violencia física, psicológica y/o sexual, siendo en casi el 30% de los casos el agresor el padre.

– *Ser testigo de VGP en los progenitores:*

La observación de violencia en la familia de origen puede favorecer una relación de malos tratos, en el sentido que los normalizan y legitiman en la relación (Preciado-Gavidia y cols., 2010).

– *La aceptación de la violencia:*

Las creencias relacionales donde se asume la superioridad y dominio en los hombres frente a patrones de inferioridad en las mujeres, se han relacionado positivamente con el hecho de ser víctima de VG dentro de la pareja (OMS, 2010). Rey (2008) refleja que los estudios muestran que la probabilidad de ejecutar actos de maltrato hacia la pareja se incrementa claramente si tanto la víctima como el victimario aceptan su ejercicio como algo natural o posible en la relación de pareja.

– *Los antecedentes de VGP:*

Las mujeres que han sufrido maltrato por la pareja o por compañeros en el pasado durante la edad adulta, tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia infligida por la pareja (OMS, 2010). Se explica porque dicha exposición al maltrato modifica la actitud de la mujer hacia la violencia, reduce su capacidad de reconocer el riesgo, disminuye su autoestima y aumenta la culpa, vergüenza y humillación.

Smith, White y Holland (2003) encontraron en su estudio longitudinal que las experiencias previas de violencia de pareja en la adolescencia influyen más en la revictimización posterior que las experiencias de maltrato en la familia de origen y otras experiencias de violencia en la infancia.

– *Descendencia:*

Los estudios identifican como factor de riesgo para la VGP la presencia de hijos/as en el hogar (Vest, Tegan, Catlin, Chen y Brownson, 2002; Romans y cols., 2007).

Un interesante estudio fue el llevado a cabo por Ruiz-Pérez y cols. (2006) con una muestra de 1402 mujeres en España en atención primaria. Estos autores encuentran que tener un número elevado de hijos (3 o más) está relacionado con todas las formas de abuso (emocional, físico y sexual).

– *Embarazo:*

Existe consenso en considerar el embarazo como un factor desencadenante de la violencia y un factor agravante de la violencia preexistente (Richardson, Coid, Petruckevitch, Chung, Moorey y Feder, 2002; Lasheras y Pires, 2003; Fernández Alonso, 2003; Howard, Trevillon y Agnew-Davies., 2010; Stark y Flitcraft, 1991), apareciendo de forma común entre el 4-8% de los embarazos (Gazmararian, Petersen, Spitz, Goodwin, Saltzman y Marks, 2000).

Las mujeres embarazadas sufren en mayor proporción el riesgo de la violencia doméstica. En España se ha encontrado que entre un 32,9% y un 58% de las mujeres maltratadas afirmaron haber sufrido malos tratos durante el embarazo (Villavencio y Sebastián, 1999; Echeburúa, De Corral, Amor, Sarasúa y Zubizarreta, 1997).

– *Abuso de sustancias:*

Existen estudios (Miller, Downs y Gondoli, 1989; Kaufman Kantor y Straus, 1989; Hotaling y Sugarman, 1986) que encuentran mayor consumo de alcohol y drogas en mujeres maltratadas que en las que no lo son. Sin embargo, estas investigaciones son transversales y no longitudinales, por lo que no se puede determinar si el abuso de alcohol o drogas es un factor propiamente de riesgo que aumenta la probabilidad de VGP, o bien se trata de una estrategia de afrontamiento de las mujeres como consecuencia de vivenciar una relación violenta (Riggs y cols., 2000).

– *Psicopatología:*

De forma similar a lo que sucede con la anterior variable (abuso de sustancias), los estudios señalan mayor presencia de psicopatología en las mujeres que son víctimas de VGP frente a las que no lo son. Sin embargo, la falta de estudios longitudinales de nuevo impide determinar si la psicopatología es anterior o consecuencia del maltrato. En cualquier caso, como señalan Riggs y cols. (2000), la presencia de psicopatología puede ser considerado como un importante indicador de la presencia de violencia de género en la pareja, y que a su vez los síntomas que se desarrollan como consecuencia de este tipo de violencia interfieren con la propia habilidad de las mujeres para protegerse de futuros abusos.

Un estudio en salud mental en el Municipio de Madrid obtuvo una prevalencia de casi el 80% de antecedentes de maltrato en mujeres con trastornos psicopatológicos severos, mostrando una prevalencia 2,6 veces mayor que en población general (Cases y cols., 2014).

b) *Esfera Relacional:*

Comprende los factores que aumentan el riesgo como consecuencia de las interacciones entre compañeros/as, parejas y otros/as integrantes de la familia. Constituyen el círculo social más estrecho de una persona y pueden configurar su comportamiento y determinar la diversidad de sus experiencias.

– *Las parejas múltiples:*

La percepción de las mujeres de la existencia de infidelidad y relaciones sexuales múltiples por parte de su pareja mostraron una fuerte asociación con el padecimiento de la violencia de pareja. Se ha hipotetizado que estos hombres se relacionan con sus compañeras de manera impersonal, sin crear vínculos afectivos apropiados, y que además, presentan mayor probabilidad de incurrir en comportamientos peligrosos con sus parejas, como negarse a usar preservativo, exponiendo a estas mujeres al contagio de enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2010).

– *La disparidad del grado de instrucción entre el hombre y la mujer:*

Los hombres pueden cometer la violencia con el fin de obtener poder en una relación donde el nivel de educación de la mujer es más alto. De este modo, se han encontrado tasas más altas de VGP cuando las mujeres cuentan con mayor grado de educación frente a sus parejas (OMS, 2010). Esto podría aclarar parte de la disparidad de resultados cuando sólo se tiene en cuenta el nivel de estudios de la víctima.

– *La calidad de la relación y la satisfacción conyugal:*

La insatisfacción conyugal y la discordia matrimonial presentan una fuerte correlación con la perpetración de violencia contra la pareja (OMS, 2010). Así, la violencia contra la pareja puede utilizarse como un modo de manejar un conflicto o resolver un desacuerdo.

c) *Esfera Comunitaria:*

Se refiere a los contextos de la comunidad en los cuales se arraigan las relaciones sociales (escuelas, trabajo, vecindarios...):

– *Las sanciones débiles de la comunidad contra la VGP:*

La forma en que una comunidad responde a la violencia infligida por la pareja puede influir sobre los niveles generales de maltrato de esa comunidad (Heise y García-Moreno, 2002). Se ha encontrado que las sociedades con los niveles más bajos de VGP eran las que contaban con sanciones comunitarias contra la violencia y donde las mujeres maltratadas tenían acceso a refugio, ya sea en forma de albergue o respaldo familiar (OMS, 2010). Se ha planteado que el mayor riesgo no existe en aquellas comunidades donde las mujeres ocupan una categoría muy baja, sino más bien en las sociedades que atraviesan un estado de transición en la posición de la mujer, pues es ahí donde la violencia ejerce un papel instrumental más claro para perpetuar la diada dominio-sumisión en las relaciones entre hombres y mujeres.

– *Pobreza:*

Si bien la VGP está presente en todos los niveles económicos, parece que hay mayor prevalencia en las clases sociales bajas y medias (Stark y Filtcraft, 1991), y que las mujeres que viven en situación de pobreza son afectadas de forma desproporcionada (Heise y García-Moreno, 2002; Jewkes y cols., 2002; Hotaling y Sugarman, 1990). Sin embargo, muchos resultados indican que la clase social no está relacionada significativamente con la VGP (Stark y Filtcraft, 1991), y cuando encuentran relación existe una amplia diversificación de hipótesis que explican este factor de riesgo, faltando un modelo general que lo explique en conjunto. En la Comunidad de Madrid, un estudio reciente (Zorrilla y cols., 2011) obtiene que la clase social baja (tanto de la víctima como del agresor) está asociada a mayor prevalencia de maltrato en la pareja.

– *Inmigración:*

Los estudios señalan que las mujeres inmigrantes son más vulnerables al abuso debido a su mayor aislamiento, afectando a su habilidad para acceder a los servicios disponibles (Howard y cols., 2010; Zorrilla y cols., 2011).

– *Entorno rural:*

Los estudios reflejan que las mujeres víctimas de la violencia que viven en una comunidad rural cuentan con menor apoyo social, mayor soledad, menores oportunidades de empleo, menor educación, más antecedentes de abuso sexual infantil, y peor salud física y mental general, frente a las mujeres de áreas urbanas (Moen-Leibbrand, 2013; Logan, Walker, Cole, Ratliff y Leukefeld, 2003; Lynch y Logan, 2015). Una explicación a estos fenómenos es el hecho de que las mujeres de entornos rurales tienen menores recursos disponibles para ellas (en comparación con las áreas urbanas) en materia de abuso de sustancias, problemas mentales, desempleo y victimización (Logan y cols., 2003; Lynch y Logan, 2015; Logan y cols., 2009; Zhang y cols., 2008). Además, en áreas rurales suelen coexistir en mayor grado la idea de que los problemas personales han de permanecer dentro de la familia, convirtiéndose en un estigma la búsqueda de apoyo (Logan y cols., 2009).

c) *Esfera Social:*

Comprende los factores más amplios del macrosistema, como son la desigualdad de género, los sistemas de creencias religiosas o culturales, las normas sociales y las políticas económicas o sociales que crean o mantienen las disparidades y las tensiones entre los grupos de personas.

- *Las normas tradicionales relacionadas con el género y las normas sociales que propician la violencia:*

El maltrato a la esposa se presenta más a menudo en las sociedades donde los hombres tienen el poder económico y toman las decisiones en el hogar, donde las mujeres no tienen acceso fácil al divorcio y en aquellos lugares en los que los adultos recurren sistemáticamente a la violencia a fin de resolver conflictos. De este modo, las sociedades que se rigen por las normas patriarcales y de predominio masculino son reflejo de la desigualdad de género y legitiman el uso de la violencia dentro de la pareja (OMS, 2010).

1.2.5. EL PROCESO DE MANTENIMIENTO O ABANDONO DE UNA RELACIÓN DE MALTRATO:

1.2.5.1. Factores relevantes en la permanencia en el maltrato:

No resulta fácil comprender por qué existen mujeres que soportan tanto tiempo situaciones de violencia, pese a que sin duda existen muchos motivos por los que poner fin a una relación de VGP. Sin embargo, salir de una relación de malos tratos y empezar el camino de la recuperación de las secuelas asociadas suele ser un proceso largo y difícil, y no todas las mujeres logran recuperar el control de sus vidas y salir de la violencia, ya que se estima que al menos un tercio de ellas mantienen indefinidamente la relación (Lasheras y Pires, 2003).

Habitualmente este proceso comprende intentos repetidos por abandonar la relación, que pueden ser efectivos o no, ya que un porcentaje elevado de las mujeres maltratadas vuelven con su pareja después (Anderson, 2003). En los primeros intentos, las mujeres suelen plantearse acabar con la violencia, no con la relación, por lo que pueden desplegar estrategias destinadas a intentar presionar al agresor para que ponga fin a las agresiones, si bien estas actitudes normalmente las exponen a mayor riesgo, ya que incrementa la probabilidad de que los maltratadores desarrollen nuevas acciones intimidatorias para persuadirlas (Lasheras y Pires, 2003). Otra posible explicación al retorno con el agresor es que la víctima, frente a su intento de abandonar la relación, encuentra menos oportunidades y apoyo para poder iniciar una vida autónoma de la que esperaba (ej.: los albergues o refugios están saturados y no hay plazas, o no encuentra recursos para cuidar de sus hijos mientras busca un trabajo, sin olvidar las posibles amenazas de su expareja), lo que puede empujar a la víctima a regresar con su pareja de nuevo (Anderson, 2003).

El primer paso para pedir ayuda o romper con la relación suele implicar la necesidad de ser consciente de su victimización, pero tal y como los estudios indican, existe un elevado porcentaje de mujeres consideradas técnicamente maltratadas que no se identifican como tal. Si la mujer ya es consciente de la situación de violencia en la que convive, existen también obstáculos para que pueda revelar su realidad, entre los de destacan múltiples miedos implicados (a la venganza por parte del maltratador, al estigma de ser considerada víctima de VG, miedo a ser culpada por su victimización, etc.), la posible existencia de experiencias negativas en revelaciones previas (la absolución del agresor en algún juicio o el incremento de la intensidad de la violencia y del riesgo a la integridad de la víctima tras la declaración), informaciones negativas acerca de hacer público su testimonio (victimización secundaria, falta de apoyo institucional), dificultades para recordar aspectos relacionados con su experiencia de malos tratos (amnesia psicógena o procesos disociativos), creencias y sentimientos de la mujer (culpabilidad o vergüenza, creencias culturales distorsionadas del tipo “*con paciencia, tiempo y amor, él cambiará*”, o “*la violencia de pareja atañe al ámbito de lo privado*”), así como el más que probable aislamiento (físico, psicológico, familiar y/o social) en el que se encuentra la víctima (Amor, Bohórquez, Corral y Oria, 2012).

Como vemos, existen múltiples factores que facilitan la permanencia de la mujer en la relación de maltrato. Amor, y cols. (2006) recogen, en primer lugar, un grupo de *características contextuales*:

- Variables sociodemográficas: dependencia económica, aislamiento familiar y social, hijos pequeños a su cargo, y aceptación de los consejos de personas significativas sobre la conveniencia de aguantar con el agresor.
- Acceso a recursos comunitarios: ausencia de alternativas reales (en alojamiento, empleo, y servicios psico-sociales).
- Gravedad de las conductas violentas: frecuencia, intensidad y gravedad del maltrato. Se entiende en principio que la mayor gravedad de la violencia es un elemento que facilita el abandono de la relación violenta; sin embargo, la presencia de indefensión y desesperanza y otras consecuencias psicológicas (como la baja autoestima) frutos del maltrato dificultan la adopción de decisiones enérgicas (Echeburúa y cols., 2002).

Estos autores señalan un segundo grupo de factores que intervienen en el mantenimiento y/o retorno de la relación violenta, y aluden a *características de las mujeres maltratadas*:

- Aspectos cognitivos y emocionales: dependencia emocional, creencias y errores atribucionales (de que ella no podrá sola salir adelante, que es ella quien provoca la violencia...), creencias culturales y religiosas, o miedo extremo a abandonarle.
- Aspectos de la personalidad: baja autoestima, culpabilidad y bajo nivel de asertividad. No obstante, hay que señalar que es difícil delimitar las características que pertenecen a la personalidad previa al maltrato, y las que resultan consecuencia del maltrato crónico, que puede generar cambios emocionales profundos (Echeburúa, Amor y cols., 2002).
- Repercusiones psicológicas en la víctima: indefensión y desesperanza, ansiedad elevada, alto nivel de afectación por el maltrato en la vida cotidiana.

En tercer lugar, señalan una serie de *características de los propios agresores*, como son sus características de personalidad y tipología de maltratador (dependencia emocional, características de personalidad antisocial, ser un agresor de alto riesgo) y conductas específicas y de manipulación y maltrato (arrepentimiento, presentarse como víctima, depresivo o con amenazas de suicidio si es abandonado, o amenazar a la víctima con consecuencias graves si le abandona).

Varios enfoques psicológicos han intentado explicar la permanencia de la mujer con su agresor, entre los que destacan:

- *Indefensión Aprendida* (propuesto por Walker en 1979 en base a las investigaciones de Seligman): la persona que durante un periodo prolongado de tiempo sufre maltrato de forma impredecible e incontrolable llega a un estado de indefensión que hace más probable su permanencia dentro de esa relación. Esta permanencia a su vez provocará un malestar que interfiere con la toma de decisiones, la percepción de falta de control de la situación e incapacidad para resolverla y la creencia de que lo que se haga no tendrá impacto sobre el maltrato.
- *Ciclo de la violencia* (Walker, 1979, 2010): describe la violencia conyugal con un patrón cíclico, formado por 3 fases: a) Acumulación de tensión; b) Agresión o descarga de la tensión; c) Reconciliación o Luna de Miel (ver *Tabla 1.2.*).
- *Persuasión coercitiva* (Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005 a y b): se producen una serie de estrategias de persuasión a través de la coerción (violencia continua y/o simultánea, de forma impredecible, aplicando técnicas de aislamiento y de atribución de la causa de la violencia a la propia víctima), que van dañando la identidad de la víctima a través de un continuo “lavado de cerebro”, provocan emociones de culpa, vergüenza y soledad, y cuya finalidad última es perpetuar el control del maltratador sobre la mujer,
- *Modelo ecológico de factores múltiples*: ninguna teoría explica totalmente porqué las mujeres permanecen en la relación violencia, por lo que para intentar aclararlo se integran diferentes teorías en un modelo de “factores múltiples”, que tendría que tener en cuenta aspectos como: historia personal infantil de violencia y falta de una figura paterna estable; el microsistema (factores situacionales, toma de decisiones en la relación, control económico, conflicto marital y el uso de alcohol); y el mesosistema

(conjunto de valores culturales que penetran e informan a las otras tres capas de la ecología social) (Mercado-Corona y cols., 2012).

Tabla 1.2. Teoría del ciclo de la violencia de L. Walker

Walker (1979, 2010) estableció su teoría del “Ciclo de la Violencia” para explicar la razón por la que muchas mujeres se encuentran atrapadas en una relación de maltrato. Se trata de una teoría que distingue tres fases asociadas con un ciclo recurrente en el maltrato:

1) ***Acumulación de la tensión acompañada de un incremento del peligro:*** se produce un aumento gradual de la tensión a través de actos discretos (insultos, ciertos comportamientos intencionales desagradables y/o abuso físico). En esta fase el maltratador expresa insatisfacción y hostilidad, pero no de un modo explosivo o extremo, y la mujer intentará calmar al maltratador, haciendo aquello que ella cree que le agrada o tranquilizará, procurando no responder a sus actos hostiles y utilizando técnicas para reducir su ira (con un comportamiento sumiso, mostrándose pasiva y esperando a que cambie la situación). En ocasiones estas estrategias tienen éxito, lo que refuerza sus creencias poco realistas de que es ella quien tiene el control sobre su pareja. Pero la tensión en el maltratador irá incrementándose en forma de un patrón impredecible de respuestas que provocarán indefensión aprendida en la mujer, la cual empieza a temer no poder controlar el peligro y la ira del maltratador. Agotada por el estrés continuo, ella se irá retirando del maltratador, temerosa de desencadenar una explosión; por su parte, él empezará a actuar más opresivamente hacia ella cuando observe su retirada.

2) ***Explosión de la tensión o incidente de maltrato grave:*** esta fase está caracterizada por una descarga de la tensión que se ha ido acumulando en la fase anterior. El maltratador generalmente da rienda suelta a un aluvión de agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales que pueden dejar a la mujer gravemente dañada o afectada. Normalmente, es en esta fase cuando suceden las lesiones. También es el momento donde la policía suele estar involucrada, si es que alguien les llama. Este incidente agudo de maltrato, normalmente de corta duración, termina cuando el maltratador

decide parar, y normalmente es seguido de una disminución fuerte de la tensión.

3) **Reconciliación, Luna de miel o el arrepentimiento cariñoso:** en esta fase el maltratador pide perdón intensamente, intentando cuidar a la víctima, mostrando amabilidad y arrepentimiento, y ofreciendo regalos y/o promesas. El propio maltratador puede creerse que nunca más volverá a ser violento. La mujer quiere creer al maltratador y, rápidamente puede renovar la esperanza en la habilidad de él para cambiar. Esta fase proporciona a la mujer el reforzamiento positivo para mantener la relación: muchas de las conductas que él desplegó cuando se enamoró de ella durante el noviazgo pueden repetirse ahora. La tensión y la violencia suelen desaparecer, es común que se instaure una relativa calma, si bien a veces la percepción de la tensión y peligro permanecen elevadas y no retorna a la línea base anterior; esto sería un signo de que el riesgo de un incidente letal es muy alto.

Este ciclo violento se irá repitiendo a lo largo de la relación “*como una espiral que va acelerándose con el tiempo y va adquiriendo una intensidad creciente*” (Hirigoyen, 2006, p.52). Paulatinamente, la fase de reconciliación irá disminuyendo para dejar más espacio a las fases de acumulación de la tensión y estallido, convirtiéndose en un proceso en el que la violencia se va estableciendo en la normalidad, y el umbral de violencia de la mujer (y su vulnerabilidad) van incrementándose.

Teniendo en cuenta los motivos anteriormente descritos, suele ser común que pase mucho tiempo hasta que una mujer comunica su situación de violencia y pide ayuda, ya que inicialmente ella intenta solucionar el problema mediante respuestas individuales. Además, una exposición prolongada a la violencia en un entorno tan íntimo como la pareja, viene acompañado de una autoestima muy dañada y dificultades para tomar decisiones y expresar su autonomía. Es necesario un proceso paulatino de empoderamiento y aumento de la confianza en sí mismas, a la vez que es necesario lograr poder confiar en otras personas para lograr un aumento de seguridad (Amor y cols., 2012), implicando en muchos casos el apoyo de un marco psicoterapéutico para lograrlo.

1.2.5.1 *El proceso de ruptura de la relación:*

Para lograr la separación definitiva, muchas mujeres necesitan varios intentos de ruptura (entre tres y cinco), encontrándose que una separación temporal se asocia con la separación definitiva de la relación violenta (Gómez, 2003). Mercado-Corona y cols. (2012) concluyen que el proceso de finalizar una relación de maltrato es un camino complejo que pasa por diferentes fases o etapas, y que está mediado por varios factores desde el aspecto macro (las políticas desarrolladas para prevenir e intervenir y el sistema cultural e ideológico), comunitario y social (acceso a recursos) hasta el individual (características individuales y consecuencias de la violencia).

Con el fin de poder identificar las fases del proceso de cambio en que se encuentran las mujeres en una relación de maltrato y poder orientar en la intervención con estas mujeres, un grupo de autores (Ospina, Jaramillo, Uribe y Carabacas-Iglesia, 2006) distinguen cuatro etapas que podemos encontrarnos en el proceso de ruptura de una relación violenta:

- 1) *No tener en cuenta:* las mujeres asumen la violencia como algo que forma parte de su vida cotidiana y no son conscientes de la gravedad del maltrato. Mantienen la esperanza en poder cambiar al maltratador y por ello creen que su deber es permanecer a su lado.
- 2) *Darse cuenta:* empieza a surgir la conciencia de la situación violenta, y en consecuencia, comienza a flexibilizarse sus creencias en relación con su “deber” como esposas.
- 3) *Encontrarse a sí misma:* toma de conciencia de que son ellas quienes deben romper con la relación maltratante y tomar distancia con el agresor para poner fin a la violencia.
- 4) *Salir adelante sola:* las mujeres se sienten preparadas para romper el vínculo y tomar los riesgos que implican desvincularse del agresor y empezar de nuevo.

Los resultados de las investigaciones señalan que existen algunos rasgos psicológicos que facilitan este proceso de ruptura de una relación violenta, como pueden ser la autonomía, buen control emocional, y presencia de buena estima, ausencia de síntomas y trastornos emocionales (como el trastorno depresivo mayor, distimia y el estrés postraumático); también influyen otros rasgos sociodemográficos, como el número de hijos (un número bajo de hijos facilita la ruptura), contar con cierta autonomía económica y emocional, tener un empleo, tener acceso a los recursos comunitarios (económicos, jurídicos y psicológicos). Todas estas características pueden facilitar que una mujer rompa con la situación del maltrato (Preciado-Gavidia, Torres-Cendales y Rey-Anaconda, 2010).

La existencia de apoyo social y familiar percibido también aparece como una variable relevante en las mujeres que ya no conviven con el agresor frente a las que continúan en la relación maltratante (Matud, Aguilera, Marrero, Pull y Carballeira, 2003), en el sentido que el apoyo social ayuda a mitigar las consecuencias traumáticas del maltrato, y puede protegerla de abusos posteriores (Bybee y Sullivan, 2002).

Para concluir este capítulo sobre violencia de género en la pareja, se incorpora a continuación la *Tabla 1.3.*, donde se recogen de forma resumida aquellas evidencias empíricas expuestas sobre este fenómeno (en relación con las características sociodemográficas y de violencia de género), que resultan de especial importancia a la hora de comparar con los resultados de esta investigación.

TABLA 1.3. RESUMEN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA		
TEMA	ESTUDIO	EVIDENCIA EMPÍRICA
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Jaramillo-Vélez y cols. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> – No hay relación entre variables sociodemográficas y probabilidad de maltrato. – Dentro de las mujeres maltratadas, presentan mayores niveles de violencia las que no trabajan, tienen bajo nivel de escolaridad y bajos ingresos.
	Informe del Defensor del Pueblo (1998)	<ul style="list-style-type: none"> – El 70,6% de las mujeres están casadas y el 28,4% en unión consensuada. – Edad media: 33 años. – Estudios: 62% tiene estudios primarios (o menores), el 1,34% tiene estudios universitarios.
	Zorilla y cols. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> – Prevalencia edad: 25-39 (36,7%), 40-54 (29%), 55-70 (18,5%) y 18-24 años (15,9%). – Estado civil: 51% está casada. – Nacionalidad: 63% españolas. – Estudios: 48,1% estudios primarios, 31% estudios secundarios, y 20,2% estudios universitarios. – Clase social: 42,5% de clase social media. – Trabajo: 61,9% trabajan, 17,6% en paro, un 15,8% es ama de casa y un 4,7% estudiantes. – Descendencia: 48,8% tienen 1-2 hijos/as, 32,3% no tienen hijos, y un 19,3% tienen 3 o más hijos. – Las mujeres inmigrantes son más vulnerables a la VGP.
	Amor y cols. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Perfil de mujeres maltratadas que buscan tratamiento psicológico: menores de 40 años, con larga historia de maltrato, en trámites de separación, nivel socioeconómico bajo, el 44% sigue viviendo con el agresor.
	Vives-Cases y cols. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Mayor probabilidad de experimentar VGP: mujeres de más de 40 años, separadas o divorciadas, con menor nivel educativo, bajos ingresos y poco apoyo social (especialmente en las inmigrantes).
	Instituto de la mujer (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Prevalencia edad: 45-46 años > 30-44 > 19-29 y + 65 años.
	OMS (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Son factores de riesgo para VGP determinadas características sociodemográficas: edad temprana y bajo grado de instrucción.
	OMS (2013)	<ul style="list-style-type: none"> – Prevalencia edad: 40-44 años > 35-39 años.
	I.N.E. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> – Prevalencia edad: más de la mitad de las que están en procesos judiciales tienen entre 25 y 39 años. – El 64,2% son españolas.
	Matud 2005	<ul style="list-style-type: none"> – No diferencias sociodemográficas entre mujeres maltratadas y las que no, salvo en edad (las maltratadas son más jóvenes de media).
	Preciado-Gavidia y cols. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitan la salida de la relación violenta: un número bajo de hijos, cierta autonomía económica, tener un empleo, y acceso a recursos comunitarios.
	Ruiz Pérez y cols. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Un número elevado de hijos (3 o más) está relacionado con el maltrato emocional, físico y sexual.
	Vest y cols. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> – La presencia de hijos en el hogar es un factor de riesgo para la VGP.
	Stark y Filcraft (1991)	<ul style="list-style-type: none"> – Si bien la VGP está presente en todos los niveles económicos, hay mayor prevalencia en las clases bajas y medias.
	Jewkes y cols. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> – Actúan como factores protectores de la VGP: un mejor nivel educativo, económico y social.
	Logan y cols.	<ul style="list-style-type: none"> – Las mujeres de entorno rural tienen menor apoyo social, menor educación e ingresos, y más abuso físico en el último año, antecedentes

	(2003)	infantiles de abuso físico y sexual y peor salud mental y física.
	Lynch y Logan (2015)	– Son factores de riesgo de VGP vivir en entorno rural y tener menor edad.
	Amor y cols. (2006)	– Facilitan la permanencia de la mujer en la relación de VGP: dependencia económica, hijos pequeños a cargo. – Facilitan la salida de la relación una mayor gravedad y frecuencia del maltrato.
	Escribà y cols (2013)	– La mayoría tienen 24-27 años, 65% casadas, 27,4% con estudios universitarios, la mayoría eran españolas.
TIPOS DE VIOLENCIA	Instituto de la Mujer (2002)	– El tipo de maltrato más frecuente es el psicológico, seguido del sexual, físico y económico.
	Ruiz-Pérez y cols. (2006)	– Diferenciando entre tipos de maltrato, el más frecuente es el psicológico, seguido del físico y por último sexual.
	Mata y Ruiz (2002; citados en Blanco y cols. 2004)	– El maltrato más frecuente es el emocional, seguido del físico, y en último lugar, el maltrato sexual.
	Amor y cols. (2001)	– El 38% de las víctimas de malos tratos solo presentan violencia psicológica.
	Cases (2014)	– El maltrato más frecuente es el abuso psicológico (29,6% durante el último año, y un 66,9% a lo largo de su vida), seguido del físico (8,5% en el último año, y un 48,6% en algún momento de su vida), y por último, el maltrato sexual (con un 4,2% en el anterior año, y un 33,1% a lo largo de su vida).
CONCURRENCIA TIPOS DE VIOLENCIA	Ruiz-Pérez y cols. (2006)	– Obtienen que el MT psicológico solo es el más prevalente, seguro de psicológico y físico, después psicológico, físico sexual, y por último, psicológico y sexual.
	Mata y Ruiz (2002; citados en Blanco y cols. 2004)	– Los tres tipos de maltrato coexisten en una proporción elevada.
	Matud (2005)	– Concurrencia de tipos de maltrato: lo más frecuente son los abusos físicos y psicológicos (46%), físicos, psicológicos y sexuales (33%), solo psicológicos (16%), y psicológicos y sexuales (5%).
	Rivas-Díez y Sánchez-López (2012)	– El 100% de la muestra presentó violencia psicológica, un 76,3% había sufrido maltrato físico, y un 49,5% informaba de violencia sexual.
	Labra (2014)	– La mayoría de las mujeres maltratadas (un 58,4%) habían experimentado violencia psicológica, física y sexual (mientras que un 33,7% informó de maltrato físico y psicológico, y un 7,9% de maltrato exclusivamente psicológico), estando esta violencia siempre presente.
DURACIÓN	Instituto de la Mujer (2002)	– En más del 70% de los casos la relación dura más de 5 años.
	Ruiz-Pérez y cols. (2006)	– El 38,4% de las relaciones de malos tratos duran más de 5 años. A más duración de los malos tratos, más frecuencia de los mismos.

	Matud (2005)	– Duración media de la relación de malos tratos de 11 años.
	Informe del Defensor del Pueblo (1998)	– La media de convivencia es de 10 años. – La media de tiempo de maltrato es de 7,5%
	Rivas-Díez y Sánchez-López (2012)	– Obtienen una media de casi 16 años de relación, reportando que en la mayoría de los casos la violencia estaba presente desde el noviazgo o desde el primer año de matrimonio o convivencia (56,7 y 24,7% respectivamente).
	Labra (2014)	– La duración media se situaba en los 11 años. – 74,3% manifestaban maltrato en la familia de origen.
FACTORES DE RIESGO	Vest y cols. (2002)	– Son factores de riesgo de sufrir VGP: edad joven y la presencia de hijos en casa.
	CGPJ (2014)	– En un 26% de las denuncias se acuerda OP en España (en un 27% en la C.A.M.)
	Informe del Defensor del Pueblo (1998)	– El 48% de las víctimas atribuyen el maltrato al alcohol y un 23,6% a las drogas.
	Harwell y Spence (1998)	– Edad: Las mujeres que informaban de violencia física en el último año eran más jóvenes.
	OMS (2010)	– La experiencia de maltrato infantil y la aceptación de la violencia, aumentan la probabilidad de violencia de pareja. – Las creencias de superioridad de los hombres e inferioridad de las mujeres se relaciona con ser víctima de VGP. – Antecedentes de VGP hacen más probable volver a ser víctima de VGP.
	Rich y cols. (2005)	– Antecedentes de maltrato familiar preceden a la victimización de VGP.
	Riggs y cols. (2000)	– Ser víctima de VGP en el pasado es uno de los factores que más robustamente se correlacionan con ser víctima de VGP.
	Hotaling y Sugarman (1986)	– Solamente ser testigo de violencia familiar estaba asociado con ser víctima de VGP.
	Kantor y Straus (1989)	– Las características que distinguieron a las mujeres maltratadas de las que no, fueron: abuso de drogas del marido, historia de violencia paterna en la familia de origen, alcoholismo en maridos y en víctimas, y tener pocos ingresos.
	Smith, White y Holland (2003)	– Las experiencias previas de VGP en la adolescencia influyen en la revictimización posterior.
	Gómez (2003)	– Rupturas previas se asocian a la ruptura definitiva.
	Amor y cols. (2001)	– En el 63% de los casos el maltrato se extiende a los hijos/as. – Un 20% de las víctimas sufrió o ha sido testigo de maltrato en la familia de origen.
	Dougé y cols. (2014)	– Las mujeres maltratadas desempleadas presentan más depresión.
	Zorrilla (2011)	– Un alto nivel de estudios resulta protector, y no tener educación primaria se asocia con el maltrato emocional y sexual. – Una clase social baja está asociada a mayor maltrato. – Las mujeres inmigrantes son más vulnerables al abuso.
	Ruiz-Pérez y cols.	– Hay más probabilidad de sufrir VGP si se cuenta con antecedentes anteriores de maltrato en la pareja.

	(2006)	
	Ackerson y cols. (2008)	– Un alto grado de instrucción aumenta el riesgo de sufrir maltrato sexual.
	Cases y cols. (2014)	– Sufrir maltrato en la infancia es un factor de riesgo para VGP.
	Howard y cols. (2010)	– Las mujeres inmigrantes son más vulnerables al maltrato.
	Moen-Leibbrand, (2013); Logan y cols. (2003); Lynch y Logan (2015)	– Las mujeres víctimas de la violencia que viven en una comunidad rural cuentan con menor apoyo social, mayor soledad, menores oportunidades de empleo, menor educación, más antecedentes de abuso sexual infantil, y peor salud física y mental general, frente a las mujeres de áreas urbanas

CAPÍTULO 2: ESTUDIO DEL APEGO, RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO.

2.1. EL APEGO:

2.1.1. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DEL APEGO:

2.1.1.1. El nacimiento de la teoría del apego:

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional. Desde sus planteamientos iniciales, a finales de los 50, esta teoría ha experimentado importantes modificaciones y ha ido recogiendo las críticas y las aportaciones de diversos estudios que, lejos de debilitarla, la han dotado de un vigor y una solidez considerable. (Oliva Delgado, 2004, p.65)

El interés por las vinculaciones afectivas surge a comienzos de los cuarenta, a raíz del estudio de las consecuencias que producen en el desarrollo de la personalidad la separación de la madre durante los primeros años de infancia (Bowlby, 1993c). Es en la década de los cincuenta cuando diversos investigadores (Ainsworth y Boston, 1952; Bowlby, Robertson y Rosenbluth, 1957; Goldfarb, 1955; Pollack y Goldfarb, 1957; Robertson, 1953; Schaffer, 1958; Spitz y Wolf, 1946; Spitz, 1958, citados en Lafuente y Cantero, 2010) se centran en

estudiar estos aspectos en internados, instituciones penales, orfanatos o entornos hospitalarios. En estos estudios se detectaron numerosos trastornos en el desarrollo físico, afectivo, social y cognitivo en aquellos niños y niñas que no disfrutaron de una figura de apego sustituta.

Tras este tipo de observaciones, que defendían la idea de que la privación afectiva ocasionaba un tremendo perjuicio en diferentes áreas del desarrollo, fue aumentando el interés por el estudio de las vinculaciones afectivas, centrándose especialmente en la relación establecida entre el niño/a y su cuidador principal, que suele ser la madre. Dentro de esta perspectiva, destaca como hito principal el desarrollo de la teoría del apego, por John Bowlby, así como la ampliación realizada posteriormente por Mary Ainsworth.

Estos autores y posteriores resaltaron, por lo tanto, que las necesidades básicas del ser humano son no solo de naturaleza biológica sino también de naturaleza social; anteriormente, tan solo se dedicaban esfuerzos a estudiar las necesidades biológicas del individuo, en menoscabo de las afectivas y sociales. Afortunadamente, esta nueva ola de conocimiento puso de relieve la importancia de los vínculos afectivos en el desarrollo general de las personas, permitiendo un cambio paradigmático en la psicología.

2.1.1.2. Acercamiento a la teoría del apego de John Bowlby.

Una de las preguntas que la teoría del apego intenta resolver es por qué los seres humanos tienden a establecer vínculos afectivos intensos, selectivos y duraderos, cuyo mal funcionamiento puede conducir a alteraciones, que en algunos casos pueden llegar a ser psicopatológicas (Marrone, 2009).

Las aportaciones de esta teoría han sido aceptadas como “*la explicación más sólida y coherente sobre cómo los niños y niñas desarrollan lazos afectivos con las personas que tienen más próximas, con el fin de obtener seguridad para explorar su entorno e ir configurando su desarrollo*” (Moreno, 2010, p. 10). Bowlby se centró en las relaciones entre los bebés y sus madres, por ser ésta la primera relación existente, y base de todas las siguientes, si bien posteriormente se ha ampliado a lo largo de la vida del sujeto (relaciones padre-hijos/as,

relaciones entre hermanos/as, relaciones entre abuelos/as y nietos/as, relaciones de amistad, entre cónyuges, etc.). Bowlby resalta la importancia de las necesidades afectivas para la supervivencia de los individuos, situándolo al mismo nivel que la alimentación y otras necesidades biológicas (Ochaita y Espinosa, 2004).

En términos generales, todos los vínculos afectivos, partiendo del bebé y cuidador, y pasando por el amor romántico, amistad, vínculo fraternal o paterno-filial, etc., tendrán una serie de características comunes (Lafuente y Cantero, 2010):

1. *Poseen una naturaleza esencialmente afectiva.*
2. *Son perdurables a lo largo del tiempo.*
3. *Son singulares.*
4. *Generan el deseo de búsqueda y mantenimiento de proximidad y contacto.*
5. *Producen ansiedad cuando ocurre una separación no deseada.*
6. *Los vínculos surgen de la interacción continuada y prolongada.*
7. *Los vínculos surgen entre dos personas.*
8. *Su calidad depende de la calidad de la interacción.*

El apego, como un vínculo afectivo más, cumple todas las características anteriores, pero además debe cumplir un requisito más: **la búsqueda de protección, cuidado, seguridad y bienestar dentro de la relación** (Ainsworth, 1989). Es por esto que la principal función del apego es obtener la protección frente al peligro. El apego sería, por lo tanto:

Una clase específica de vínculo dentro del conjunto general de los vínculos afectivos, que constituye una unión afectiva intensa, duradera, de carácter singular, desarrollada y consolidada entre dos personas, por medio de su interacción recíproca. Una vez establecida, promueve la búsqueda y mantenimiento de proximidad con la figura de apego, con la finalidad de obtener los cuidados y protección necesarios para lograr una sensación de seguridad y bienestar, tanto física como psicológica. (Lafuente, 1989; citado en Lafuente y Cantero, 2010, p.41)

De este modo, la conducta de apego, entendida como una necesidad innata, tendría una función de protección y supervivencia mediante la tendencia a mantenerse cerca de la persona

que cuida y protege de toda clase de peligros, de tal forma que se incrementaría las probabilidades de supervivencia. El objetivo final sería construir en la psique del niño/a una base segura (a través de la proximidad con la figura de apego) que le permita explorar y controlar el entorno cuando no se percibe amenazas, y retornar a la proximidad de la figura de apego en caso de que se perciba peligro. A partir de estas conductas de acercamiento hacia la figura de apego, se va produciendo el desarrollo afectivo, que es inseparable del desarrollo de la personalidad, ya que es a través de las relaciones con los otros como se va, poco a poco, construyendo a la persona (Bowlby, 1993b).

2.1.1.3. La aportación de Mary Ainsworth a la Teoría del apego.

Ainsworth inició sus estudios a través de la Teoría de la seguridad, que sostiene que los infantes y los niños/as pequeños/as necesitan desarrollar una dependencia segura con sus padres, antes de introducirse en situaciones desconocidas o no familiares (Bretherton, 1992). Este sentimiento de seguridad sería lo que posibilitaría al niño/a a explorar el mundo, alejarse, aprender y desarrollar un sentimiento básico de destreza y eficacia ante las posibles dificultades que se puedan presentar. De este modo, cuando el sistema de apego se encuentra activado en baja intensidad, la situación permite que el sistema exploratorio sea activado en un grado mayor por aspectos nuevos del ambiente (Marrone, 2009).

A partir de estas premisas nace el concepto de Ainsworth de “base segura”, es decir, el niño/a tendría a la madre como referencia de una base segura donde explorar. En consecuencia, si el niño/a siente seguridad respecto a que sus figuras de apego son fiables y están disponibles de forma constante, es posible que se atreva a explorar, dado que supone que estarán allí cuando decida regresar (Marrone, 2009).

Ainsworth y Witting (1969, citados en Ainsworth y Bell, 1970) desarrollarían posteriormente el procedimiento estandarizado de laboratorio conocido como “la situación extraña” (*The strange-situation procedure*) que permitiría clasificar a los niños/as en función de tres categorías: apego seguro (tipo B), apego inseguro-evitativo (tipo A) y apego inseguro-

ambivalente o resistente (tipo C). Posteriormente Main y Solomon (1986; citados en Moreno, 2010) añaden una cuarta categoría, el patrón de apego desorganizado-desorientado (tipo D o modelo del A/C). Estos tipos de apego vendrán más ampliamente desarrollados en el apartado de subtipos de apego infantil.

A través de este procedimiento, se expone a los niños/as a situaciones estresantes con la madre y una persona extraña. Son las reacciones de los niños/as en las breves separaciones y reuniones con la madre lo que permite inferir la calidad del apego, en función de si es capaz de explorar ambientes nuevos en presencia/ausencia de la madre, el éxito con el que la madre consuela al niño/a, y las conductas de proximidad y contacto que se ponen en juego después de los episodios estresantes (Ortiz y Yáñez, 1993).

2.1.2. CONCEPTOS BÁSICOS: EL SISTEMA DE APEGO:

Si bien el sistema de apego está activo durante toda la vida, es más crítico durante los primeros años, y se manifiesta por medio de sentimientos, pensamientos y conductas relacionados con la búsqueda de apoyo y ayuda. De este modo, el sistema de apego se considera formado por tres componentes principales: 1) Las conductas de apego; 2) El modelo mental de la relación; y 3) Las emociones y los sentimientos (Lafuente y Cantero, 2010). A continuación, se desarrollan más detalladamente estos componentes.

2.1.2.1. El sistema conductual: las conductas de apego.

Las conductas de apego se refieren a aquellos comportamientos observables y cuantificables que el sujeto despliega con la meta específica de lograr y mantener proximidad, contacto y comunicación con sus figuras de apego, con el fin último del equilibrio afectivo y emocional de la persona. Este sistema emergería a través del curso de la evolución porque aumenta la probabilidad de supervivencia de los niños/as, los cuales nacen con una elevada inmadurez en las habilidades de locomoción, alimentación y defensa, necesitando un largo

periodo de protección y cuidado por parte de los adultos. Es por ello que nacen con un repertorio de conductas que mantienen la proximidad hacia aquellos que son capaces de ayudarles a regular su malestar (Mikulincer y cols., 2003).

Según Cassidy (2008), existen tres clases de conductas que los niños y niñas realizan para mantener esta proximidad con los cuidadores: las conductas *señalizadoras* (que funcionan como una llamada de atención de la figura de apego para que inicie una interacción, como por ejemplo, una sonrisa), las conductas *aversivas* (conductas que reclaman el acercamiento de la figura de apego para que las finalice, como un llanto o gritos), y las *conductas activas* (que llevan al niño hacia la madre, como pueden ser acciones de aproximación y el seguimiento).

Es importante destacar que la presencia de estas conductas son de carácter intermitente (por lo que su ausencia no implican necesariamente inexistencia de apego), y se activan, desactivan y modifican su intensidad en función de ciertas condiciones endógenas y ambientales, autorregulándose en función de ciertas metas (Lafuente y Cantero, 2010). Sirven para generar el vínculo y actúan como mediadoras de la relación, pudiendo sufrir transformaciones a lo largo de la vida. Siguiendo a Bowlby, Mikulincer y cols. (2003) asumen que este sistema es más crítico en las etapas tempranas de la vida, pero que está activo a lo largo de todo el periodo vital, manifestándose a través de pensamientos y conductas relacionadas con la búsqueda de apoyo. En este sentido, en la etapa adulta se observa cómo los individuos pueden pasar más tiempo sin el contacto (real o no) de la figura de apego, utilizando para su seguridad conductas más indirectas (llamadas de teléfono, pensamientos, cartas...).

2.1.2.2. El sistema cognitivo: el modelo mental de la relación.

El modelo mental de la relación hace referencia a un conjunto de representaciones dinámicas interrelacionadas (creencias, pensamientos, actitudes, etc.) relativas a cuestiones afectivas, que presentan cierta estabilidad y se resisten al cambio. Constituyen un ensamblaje de recuerdos, pensamientos, reglas, etc., conscientes e inconscientes, que sirven para organizar la información relevante para el apego (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; citados en Lafuente y Cantero 2010).

Según Bowlby (1993a), los infantes construyen sus modelos mentales tanto de sí mismos como de los demás, en interacción con el cuidador principal. Posteriormente estas experiencias interiorizadas se generalizarían más allá de la familia, modulando su visión del mundo, creando un modo de ver la realidad y de generar expectativas sobre lo que es más probable que suceda en el contexto de las relaciones afectivas. Estos modelos mentales se utilizarán principalmente para predecir y controlar su mundo, a través de las construcciones del modelo de su entorno (modelo ambiental) y un modelo de sus propias habilidades y potencialidades (modelo organísmico). Estos modelos se convierten en una especie de mapas o planos que utilizamos para simular y predecir las conductas de los demás en la interacción social, así como para organizar nuestra propia conducta para lograr objetivos relacionales (Feeney y Noller, 2001).

Por lo tanto, el modelo mental está formado por tres elementos principales: a) Un concepto sobre la figura de apego (su accesibilidad y disponibilidad); b) Un concepto de sí mismo (capacidad de uno mismo para suscitar protección y afecto); y c) Una visión del mundo físico y social en el que se desarrolla la relación. Estos elementos estarían interrelacionados entre sí a través de cuatro componentes, que son: 1) Recuerdos, expectativas y metas sobre la relación; 2) Reglas para regular conductas y afectos; 3) Necesidades y metas; y 4) Estrategias y planes para la consecución de las metas (Collins y Read, 1994; citado en Collins y Allard, 2003).

Los modelos mentales se afianzarán a través de las experiencias repetidas en la dinámica familiar, e irán generalizándose a través del desarrollo hacia otras personas y contextos. Cada persona, por lo tanto, utilizaría su modelo mental de relaciones para realizar predicciones sobre relaciones futuras y extrapolarlo a situaciones hipotéticas.

Es importante destacar el que concepto que el sujeto construye de sí mismo resultará siempre complementario al de su figura de apego, en el sentido que si la figura de apego se caracteriza por actitudes de rechazo o indiferencia, el individuo desarrollará un concepto de sí mismo como ser que no merece ser querido, carente de valor e incompetente. Por el contrario, un niño/a cuya figura de apego es cariñosa, cooperadora y accesible moldeará una imagen positiva de sí mismo como un ser valioso, competente y digno de ser querido. Y en términos generales, una persona con un buen concepto de su figura de apego (disponible y cariñosa) y de sí mismo (como competente y valioso), generará buenos recuerdos sobre las relaciones pasadas, y consecuentemente, unas expectativas positivas sobre las relaciones futuras, del que emerge un

apego de buena calidad, es decir, un apego seguro. En cambio, una persona que forma un concepto negativo tanto de su figura de apego (rechazadora, distante...) como de sí mismo (carente de valor), guardará malos recuerdos de sus relaciones pasadas y generará malas expectativas respecto de las futuras, desarrollando un apego de mala calidad o inseguro.

Sibley y Overall (2010) observan la posibilidad que las personas inseguras posean una red de representación de apego menos compleja que las personas seguras, con menor diferenciación entre distintos tipos y dominios de relación, y apoyándose en representaciones más generales o menos elaboradas, por lo que realizarían atribuciones negativas independientemente de lo positiva que sea una relación concreta. Por el contrario, las personas con apego seguro realizarían atribuciones de un modo más flexible y diferencial.

En el siguiente cuadro (*Tabla 2.1.*) podemos ver qué repercusiones tendrían a nivel emocional, comportamental y cognitivo los modelos mentales en función de su calidad (Lafuente y Cantero, 2010):

Tabla 2.1. Repercusiones emocionales, conductuales y cognitivas del modelo mental
(FUENTE: Lafuente y Cantero, 2010)

	Modelo mental positivo	Modelo mental negativo
<i>A nivel emocional</i>	Seguridad, confianza, alegría y bienestar. Mayor autorregulación y apertura emocional	Inseguridad, desconfianza, ansiedad, incertidumbre, vergüenza, cólera, disgusto y malestar
<i>A nivel comportamental</i>	Conductas adaptativas, en situaciones apropiadas y con la intensidad apropiada	Conductas de apego activadas en situaciones no apropiadas, a niveles demasiado altos o bien desactivadas
<i>A nivel cognitivo</i>	Creación de realidades positivas, más atención y recuerdo de los sucesos positivos, mayor habilidad para comprender emociones ajenas, e interpretación benigna de los sucesos ambiguos.	Interpretaciones sesgadas a través de los mecanismos de defensa: exclusión defensiva o represión y falsa atribución defensiva.

El desarrollo de los modelos mentales de relaciones, entendidos de este modo, tendrían consecuencias a largo plazo en el desarrollo ontogenético de las personas, de tal manera que cada individuo tiende a seleccionar el entorno que mejor se adapte a sus creencias sobre sí mismo y los demás (Lafuente y Cantero, 2010), y por lo tanto que confirme sus expectativas sobre sí mismo, los demás y el mundo. De este modo, se iría configurando un estilo de apego que contribuye a perfilar la personalidad emergente a través de la sociabilidad, las predisposiciones emocionales, la autoestima, y la confianza en sí mismo y en los demás.

2.1.2.3. El sistema emocional: emociones y sentimientos.

La formación de un vínculo de apego conlleva una serie de emociones asociadas al tipo de relación establecida. Es probable que las respuestas emocionales sean una consecuencia de las presiones evolucionistas, en el sentido de que emociones como la ansiedad y la tristeza ante el distanciamiento de una figura de apego motivan a conductas activas de aproximación, aumentando por tanto las probabilidades de supervivencia (Lafuente y Cantero, 2010).

Los sentimientos más destacables del apego, según Lafuente y Cantero (2010) serían los sentimientos de seguridad que proporcionan la proximidad de la figura de apego, y por otro lado la angustia y ansiedad originada por su ausencia y pérdida. La calidad de la relación influirá también en las emociones generadas, de tal como que si el apego sigue cauces normales, se experimentará placer al estar junto a la figura de apego, facilitándose un contexto relacional positivo (con empatía, ternura, consuelo, comunicación e incluso amor), pero si la situación vincular es de conflicto frecuente, aparecen emociones como la ansiedad, tristeza, dolor o ira ante el rechazo del otro (por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse insegura cerca de su figura de apego, su pareja). La sensación de seguridad es pues, subjetiva, ya que depende de la calidad de la relación y del modelo representacional interno desarrollado.

2.1.3. SUBTIPOS DEL APEGO INFANTIL:

2.1.3.1. *La clasificación tradicional del apego infantil:*

Como se ha desarrollado anteriormente, los trabajos pioneros de Bowlby establecen que en las experiencias de interacción del niño/a con sus cuidadores principales se determinan la calidad del vínculo y el sentimiento de seguridad o inseguridad que el niño establece, sirviendo de guía de los pensamientos, sentimientos y conductas en las posteriores relaciones (Lafuente y Cantero, 2010).

Posteriormente, Ainsworth se interesó a finales de los sesenta por el estudio de las diferencias individuales del apego a través de su “Situación Extraña” (Ainsworth y Witting, 1969, citados en Ainsworth y Bell, 1970), lo que le permitió establecer tres patrones de apego tradicionales: el apego seguro, el apego inseguro-huidizo (o evitativo) y el apego inseguro-ambivalente. Los porcentajes encontrados en los niños estadounidenses fueron aproximadamente del 65%, 12% y 20-25% respectivamente (Campos, Barret, Lamb, Goldsmith y Stenberg, 1983).

A continuación se amplían las características conductuales de cada patrón de apego desarrollado:

Apego seguro (tipo B):

En la Situación Extraña, los niños/as con apego seguro muestran una conducta exploratoria activa en presencia de su figura de apego, que funciona como una base segura a partir de la cual explorar el entorno no familiar. Estos niños/as pueden sentir estrés en respuesta a las separaciones, pero todos ellos reciben positivamente a su madre (o padre) tras su regreso, y buscan su proximidad, contacto o interacción. Si muestran angustia durante las separaciones, la proximidad y el contacto tras la reunión posterior en la reunión favorecen el cese de ésta, permitiéndoles reanudar de nuevo sus actividades exploratorias (Lafuente y Cantero, 2010).

En términos generales, el apego seguro va acompañado de un modelo mental de confianza básica en sí mismo y en los demás que le permitiría afrontar el mundo de modo relajado y positivo.

Apego inseguro evitativo-huidizo (Tipo A):

Los niños/as con apego evitativo no manifiestan conductas de búsqueda de proximidad y contacto hacia su figura de apego ni angustia al ser separados de su madre (o padre) a lo largo de toda la situación extraña. Además, en los reencuentros suelen evitar restablecer el contacto, llegando incluso a darles la espalda. Sería característico de este perfil la falta de interés por su figura de apego y la elevada conducta exploratoria (Lafuente y Cantero, 2010).

Este patrón evitativo inseguro aparece en el niño/a que ha aprendido a ocultar y/o controlar sus emociones tanto positivas como negativas. Sus figuras de apego sí pueden implicarse con sus hijos ante conductas alegres, pero no cuando muestran afecto negativo, rechazando el malestar en sus hijos (George y Solomon, 1999; citado en Melero Caverro, 2008). Por todo ello, las necesidades afectivas de estos niños no pueden ser satisfechas cuando demandan apoyo o protección, reforzando principalmente conductas dirigidas a conseguir objetivos (logros académicos, habilidades, aspecto físico, etc.).

Apego inseguro ambivalente-preocupado (Tipo C):

Estos niños/as se muestran muy ansiosos durante todo el procedimiento de la “Situación Extraña”, y muchos de ellos no despliegan conductas exploratorias activas. Aparentemente son incapaces de utilizar a su figura de apego como una base segura a partir de la cual explorar, ya que durante las separaciones están intensamente afligidos, pero tras el retorno de la figura de apego son difícilmente consolables. Sería característico de este tipo de apego inseguro la conducta ambivalente y preocupación con la figura de apego, en el sentido que por un lado desean su proximidad y contacto, y por otro sienten resentimiento por haberles dejado (Lafuente y Cantero, 2010).

Las madres o figuras de apego presentan una interacción caracterizada por una baja disponibilidad, indiferencia, baja implicación conductual, infraestimulación, inaccesibilidad e inconsistencia concurrente y longitudinal. Estos cuidadores pueden lograr estimular al niño/a,

pero no son sensibles a la hora de calmarles, interfiriendo en su capacidad de autorregulación (Melero Cavero, 2008). Por su parte, Bowlby (1993c) señala que:

“Aunque los que establecen relaciones de apego ansiosas y ambivalentes suelen haber experimentado discontinuidades en el maternaje y/o pueden haberse visto rechazados por sus padres, es más probable que el rechazo haya sido intermitente y parcial antes que completo. Como resultado de ello los niños que tienen aún la esperanza de ser amados y cuidados caen en una profunda ansiedad por temor a que los descuiden o los abandonen y esto hace que aumenten sus demandas de atención y afecto, que se resistan a que los dejen solos y que protesten con más o menos ira cuando se lo hace”. (pp. 230-231)

En consecuencia, el niño ambivalente muestra elevado arousal fruto del refuerzo intermitente de la atención del cuidador, por lo que se asocia a dificultades para regular los niveles de estrés y para recuperarse de las situaciones estresantes (Schore, 1994; citado en Melero Cavero, 2008).

2.1.3.2. Ampliación de la clasificación tradicional.

En la década de los ochenta, a través de la replicación de la “Situación Extraña”, se encontró dificultades a la hora de asignar a determinados niños/as dentro de los tres principales tipo de apego (A, B o C). Estos estudios se centraban en muestras de alto riesgo (que habían sufrido maltrato o abuso infantil), y su análisis más detallado tuvo como consecuencia la aparición de una nueva categoría de apego inseguro, el patrón de apego desorganizado-desorientado, o patrón tipo D (Lafuente y Cantero, 2010).

Apego inseguro desorganizado (Tipo D):

Los niños/as con este tipo de apego inseguro manifiestan una gran confusión y desorganización conductual durante todo el procedimiento de la “Situación Extraña”. Pueden parecer aturdidos, confusos y temerosos, especialmente ante la figura de apego. Por otro lado, también pueden mostrar conductas agresivas, hostiles y punitivas, o bien conductas manipulativas, excesivamente afectuosas o muy tímidas con las figuras de apego (Moreno García, 2010). En resumen, mostrarían un abanico de comportamientos contradictorios, que pueden ir desde la aproximación a la evitación, con movimientos asimétricos o inoportunos y posturas anómalas, expresiones rígidas y temor o recelo hacia las figuras de apego (Lafuente y Cantero, 2010).

Las figuras de apego de estos niños/as se muestran negligentes, insensibles e incompetentes en el cuidado de sus hijos, y en consecuencia este tipo de apego aparece sobrerrepresentado en muestras de niños/as maltratados/as y en muestras cuyas madres tienen trastornos emocionales graves. Marrone (2009) señala como la tragedia de estos infantes es que la misma persona que se supone debe proporcionar la función de apoyo y tranquilización ante amenazas, pueda ser la misma persona que resulte atemorizante y fuente de peligro.

2.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL APEGO ADULTO:

2.1.4.1. Continuidad del apego en la etapa adulta.

Las relaciones de apego están presentes a lo largo de todo el ciclo vital; van cambiando las figuras principales, los vínculos que se establecen y los tipos de conductas de apego, pero existe una tendencia a mantener las mismas funciones, componentes y calidad del apego (Lafuente y Cantero, 2010).

Los tipos de apego infantil inicialmente descritos por Ainsworth y Bowlby han servido para desarrollar las clasificaciones de apego adulto. De este modo, la continuidad del apego infantil en la etapa adulta es un tema que sigue despertando interés. Las evidencias empíricas

sugieren que las clasificaciones de apego infantil basadas en el sistema de Ainsworth muestran una estabilidad razonable a lo largo del tiempo. Bowlby sostiene que el sistema de apego desempeña un papel fundamental a lo largo del ciclo vital, y de acuerdo con este argumento, Morris (1982) defiende que debido a la primacía y profundidad de la relación temprana de apego entre el niño y su cuidador principal, es probable que este vínculo sirva como prototipo para las posteriores relaciones de intimidad. También se sugiere que los paralelismos entre las características de los apegos infantiles y las del amor de pareja indican que estos dos tipos de relaciones podrían ser variantes de un único proceso subyacente (Shaver y Hazan, 1988; citados en Feeney y Noller, 2001; Shaver, Hazan y Bradshaw, 1988).

En general, se estima que después de la infancia y la niñez, el apego se mantiene con manifestaciones menos intensas y absorbentes, si bien se entiende que el deseo de amor y de cuidados persiste siempre, y es sobre todo intenso cuando una persona está atravesando momentos especialmente estresantes (Lafuente y Cantero, 2010). Del mismo modo que el niño/a se acerca a la figura cuidadora para obtener protección y regulación emocional, las personas adultas sienten que su pareja es la base segura en la que confiar.

Mikulincer, Shaver y Pereg (2003) exponen un modelo explicativo de activación y funcionamiento del sistema de apego en la etapa adulta, donde distinguen tres módulos principales:

- a. *¿Existen señales de amenaza?* En este módulo se realiza el seguimiento y evaluación de los sucesos amenazantes, que suelen activar el sistema de apego. Si se estima que no existe amenaza, se continúa con las actividades en curso, pero si se detectan amenazas, se activaría el sistema de apego, cuyo objetivo final sería la búsqueda de proximidad en una figura de apego externa o interiorizada.
- b. *¿Está la figura de apego disponible, es atenta, muestra capacidad de respuesta?* En caso de contar con figuras de apego disponibles, se podrían en marcha estrategias basadas en la seguridad. En caso de no contar con la disponibilidad de la figura de apego, aparece el sentimiento de inseguridad en el apego y vivencias de estrés, afectando a la salud mental, crecimiento personal y ajuste social.
- c. *¿Es la búsqueda de proximidad una opción viable?* Si no parece oportuno, se activarían estrategias de desactivación típicas del apego evitativo, mientras que si

parece viable la búsqueda de proximidad a la figura de apego, se pondrán en marcha estrategias de hiperactivación propias del apego ambivalente.

Una de las diferencias principales del establecimiento del vínculo de apego en la etapa adulta frente a la infancia, es que mientras que los vínculos originales se establecen en relaciones verticales (vínculos asimétricos entre los adultos y los menores), en la etapa adulta estos vínculos son, en teoría, más simétricos y horizontales (ambos miembros de la relación buscan la seguridad en el otro, recibiendo y proporcionando cuidado y afecto). De este modo, el prototipo de amor de pareja se entiende, a diferencia del apego infantil, como un tipo de cuidado recíproco en el cual cada miembro de la pareja intercambia los papeles de origen y destino de los cuidados (físicos, emocionales y materiales) en función de las necesidades y circunstancias (Feeney y Noller, 1990), contrastando con la elevada asimetría de las relaciones infante-cuidador. Otra diferencia importante es el componente que tiene la sexualidad en las relaciones de pareja, mientras que la capacidad de respuesta sexual de los niños/as es muy limitada.

En cuanto a la estabilidad de los modelos internos del estilo de apego adulto, si bien se admite una revisión y ajustes de los mismos con sus consecuentes cambios (a través de las experiencias de la vida importantes como los sucesos negativos que suponen un cambio en el cuidado consistente), Bowlby defiende que estos cambios son lentos y difíciles, incluso en situaciones intensas; no es que se defienda que los modelos se mantienen inmutables durante toda la vida, sino que aquellos modelos procedentes de las experiencias tempranas ejercen gran influencia sobre las experiencias posteriores. Los estudios señalan una estabilidad moderada-alta en la edad adulta y en los estilos longitudinales de la infancia (Feeney, Noller y Callan, 1994; citados en Melero Caveró, 2008; Brennan y Shaver, 1995; Collins y Read, 1990; Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 1993; Baldwin y Fehr, 1995; Benoit y Parker, 1994; Waters, Merrick, Treboux, Crowell y Albersheim, 2000; Waters, Weinfield y Hamilton, 2000). Por su parte, Collins y Read (1994, citados en Feeney y Noller, 2001) sugieren que uno de los posibles motivos de la resistencia al cambio de los modelos internos es que suelen provocar su propio cumplimiento, esto es, la existencia de una tendencia autoperpetuadora donde las acciones basadas en estos modelos generan consecuencias que los refuerzan (por ejemplo, las

personas que creen que no les importan a los demás suelen ponerse a la defensiva en un amplio rango de situaciones, y como consecuencia, tienen pocas posibilidades de ver satisfechas sus necesidades). Esta estabilidad de modelos podría también explicarse por la tendencia de los modelos más antiguos a activarse más rápidamente, especialmente en momentos de estrés.

De este modo, los modelos internos afectan a la selección e interpretación de los datos, a la forma en que evaluamos a los demás y a las relaciones que tenemos con ellos, y por en consecuencia, a los planes que concebimos para controlar nuestras relaciones con otras personas. Así, existen diversas formas que tienen los modelos internos de afectar a nuestras respuestas cognitivas:

- a. A través de la atención selectiva (estos modelos hacen que prestemos atención a ciertos aspectos de los estímulos que encajan con ellos y que ignoremos otros aspectos). Collins y Read (1994, citados en Feeney y Noller, 2001) sugieren que los individuos tienden a ser especialmente sensibles a los estímulos relacionados con sus objetivos y a fijarse en la información que coincide con sus creencias y actitudes.
- b. Una segunda manera de influencia de los modelos mentales es generando desviaciones en la codificación y recuperación de recuerdos, siendo más probable recordar la información que sea significativa para esos esquemas.
- c. Finalmente los modelos mentales influyen a través de los procesos de interferencia y explicación, existiendo pruebas de cómo estos modelos dan sentido a las relaciones de las personas. Collins y Read (1994, citados en Feeney y Noller, 2001) defienden que los sujetos seguros reflejan percepciones más sólidas de amor y seguridad, con una mayor confianza en la receptividad de la pareja, frente a las personas inseguras. Los individuos preocupados perciben a los demás como poco receptivos y rechazantes, y los evitativos también perciben a los demás como rechazantes y poco receptivos (si bien minimizan sus reacciones emocionales).

Se ha hipotetizado una mayor estabilidad del estilo de apego adulto seguro frente a los estilos inseguros, debido a que el modelo interno del apego seguro está organizado de manera coherente y porque su propia seguridad le protege de las consecuencias negativas producidas

por situaciones adversas (Hazan y Shaver, 1987). En esta línea, Baldwin y Fehr (1995) encontraron mayor inestabilidad en los sujetos con apego ansioso-ambivalente.

En conclusión, las diferencias individuales en el estilo de apego son atribuibles a diferencias sistemáticas en estos modelos subyacentes del sí mismo y de los otros, que tienen origen en las experiencias tempranas de apego, suelen mantenerse estables a lo largo del tiempo, si bien es más probable que existan modificaciones de los mismos en situaciones de transiciones vitales significativas o a medida que el individuo logre dar nuevas interpretaciones a sus experiencias pasadas relacionadas con el apego a través de procesos tales como la educación, la psicoterapia, o situaciones que propicien la autorreflexión sobre las relaciones pasadas, como señalan Feeney y Noller (1990).

2.1.4.2. Clasificación del sistema de apego en la etapa adulta.

En apartados anteriores de este capítulo se ha presentado la clasificación clásica del apego infantil, y la continuidad del mismo en la etapa adulta. A continuación se exponen las características principales encontradas en los diferentes tipos de apego en adultos, teniendo en cuenta sus modelos representacionales (del sí mismo y de los demás) y las vinculaciones prototípicas de esta etapa de la vida (pareja y familia, principalmente).

Pero antes de ello, hay que hacer una aclaración respecto al apego evitativo. A diferencia de las primeras investigaciones del apego adulto, donde se tenía una visión unitaria de este estilo de apego (Collins y Read, 1990; Hazan y Shaver, 1987; Simpson, 1990), a partir de los años 90 los estudios empezaron a distinguir dos subtipos de apego evitativo a raíz del modelo teórico desarrollado por Bartholomew (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991): el apego evitativo-resistente y el evitativo-temeroso (ver *Tabla 2.2.*). Como este modelo ha sido validado en numerosas investigaciones y no recoge el apego desorganizado, en la investigación del apego adulto actual se observa como las referencias al apego desorganizado van disminuyendo, para dejar paso a una nueva y doble concepción del apego evitativo. Para que no haya confusiones, cuando se hable de “apego evitativo” se hará referencia a un concepto unitario y más clásico del estilo afectivo; sólo cuando se emplee junto con el término

distante/resistente o temeroso se estará aludiendo a la distinción posterior en este tipo de apego. En la literatura se mezclan ambas concepciones (las clásicas y las que siguen el modelo de Bartholomew) y puede llevar a confusiones.

Tabla 2.2. Correspondencia de la terminología entre los estilos de apego en la etapa adulta e infantil (FUENTE: Lafuente y Cantero, 2010; Hazan y Shaver, 1987):

Etapla infantil	Etapla adulta
Seguro (B) (Ainsworth)	Seguro (Bartholomew y Horowitz; Hazan y Shaver) Autónomo (Main y Goldwyn)
Ambivalente (C) (Ainsworth)	Preocupado (Bartholomew y Horowitz) o Ansioso-Ambivalente (Hazan y Shaver)
Huidizo / Evitativo (A) (Ainsworth)	- Huidizo distante o devaluador/ Evitativo resistente (Bartholomew y Horowitz; Main y Goldwyn) - Huidizo temeroso / Evitativo temeroso (Bartholomew y Horowitz) Evitativo (Hazan y Shaver)
Desorganizado (D) (Main y Solomon)	Irresoluto o desorganizado (Main y Goldwyn)

a) Apego Seguro:

El sujeto seguro se caracteriza por haber recibido un trato adecuado de sus figuras de apego en su infancia, lo que le ha permitido desarrollar un modelo positivo de sí mismo y de los demás (modelos internos de relaciones), y alimentar un sentido de confianza hacia su entorno así como un autoconcepto caracterizado por un sentimiento de competencia, actividad y

autodeterminación. Esto le permitiría desarrollar una elevada autoestima, sentimiento de autoeficacia, y mayor capacidad de desarrollar planes en el futuro de forma autónoma y activamente (Laghi, D'Alessio, Pallino y Baiocco, 2009; Lafuente y Cantero, 2010).

Según los estudios de Hazan y Shaver (1987), las personas con apego seguro informan de relaciones familiares más cálidas, afectuosas y felices. Perciben a su madre como respetuosa con ellos, con confianza en sí misma, con aceptación hacia ellos, y las describen como responsable, poco intrusiva y no exigente. A su padre lo perciben como una persona cariñosa, cuidadosa, afectuosa y con humor.

Respecto a la pareja romántica, las personas con apego seguro piensan que les proporcionarán el apoyo que necesitan y esperan sentirse confortables dentro de la relación, disipándose el temor al abandono. Todo ello, gracias a las experiencias predominantemente positivas que han vivido, lo que les hace esperar que sus relaciones futuras en general funcionen (Lafuente y Cantero, 2010). En este sentido, se han obtenido asociaciones entre apego seguro y niveles altos de autoconfianza, compromiso, satisfacción e interdependencia dentro de las relaciones de noviazgo (Simpson, 1990).

El apego seguro facilita el desarrollo de creencias optimistas sobre los demás y actitudes de confianza hacia ellos mismos, lo que les permite a las personas con este estilo de apego sentirse cómodos con la intimidad y el contacto físico. Pueden confiar tanto en la pareja como en otras personas significativas, y se sienten a gusto en un contexto de interdependencia emocional, ya que esperan que los otros estén disponibles y que les suministrarán los cuidados necesarios cuando lo necesiten. De la misma forma, su actitud hacia los demás es de disposición a ayudarles, cuidarles y apoyarles siempre que lo necesiten.

Las necesidades que manifiestan los sujetos con apego seguro van en consonancia con su modelo mental de relaciones, presentando un nivel intermedio de activación. Suelen tener satisfechas las necesidades de ser tenidos en cuenta, ser apreciados y evaluados positivamente, sentirse competentes y con la sensación de que existe control sobre el medio (Shaver y Mikulincer, 2002).

Según el modelo de Mikulincer y Shaver (2008, citados en Lafuente y Cantero, 2010), el apego seguro favorece la búsqueda de apoyo de forma constructiva y eficaz ante amenazas físicas o psicológicas, en el sentido de saber reconocer y expresar el malestar, saber buscar apoyo, y saber resolver problemas. Entienden que las situaciones estresantes son manejables y

que los obstáculos externos pueden ser superados a través de sus propias acciones y la búsqueda de apoyo, por lo que sus percepciones ante las dificultades son más optimistas y menos amenazantes que en las que están presentes en el apego inseguro (Shaver y Mikulincer, 2002).

Existe extensa evidencia de que las personas con apego seguro cuentan con un buen reconocimiento y expresión de emociones, de tal modo que tienen rápido acceso a sus memorias traumáticas y son capaces de reexperimentarlas con afecto negativo; este proceso, no obstante, no se produce de forma automática e incontrolable, como en los individuos ansiosos-ambivalentes (Shaver y Mikulincer, 2002).

En consecuencia a todo lo anterior, los sentimientos predominantes en el sujeto seguro son de bienestar emocional, baja ansiedad, seguridad y confianza, alegría e interés. Los rasgos de personalidad que más distinguirían a este tipo de apego serían: ser feliz, amigable, confiado, con elevada autoestima, autónomo, sociable, comunicativo, con capacidad para hacerle confidencias a los demás, extravertido, expresivo, nada evitativo, poco neurótico y adaptable. Estaríamos ante una persona sensible y capaz de responder a las necesidades de los demás de forma apropiada (Lafuente y Cantero, 2010).

b) Apego Preocupado:

El sujeto preocupado seguramente ha recibido un trato de refuerzo impredecible de unas figuras de apego con una respuesta escasa e inconsistente, lo que conduce a construir un modelo negativo de sí mismo (con baja autoestima) y un modelo positivo de los demás (desea su afecto). Este tipo de apego conlleva muchas dudas sobre sí mismo (casi nunca sabe cuándo, dónde y por qué ocurrirá el siguiente rechazo, crítica o interacción positiva), junto con sentimientos de incomprensión por los demás, y temor a ser criticado y culpabilizado por ellos. Como desconfía de la respuesta de sus figuras de apego, cree que lo mejor es estar muy próximo a ellas, ser complaciente y mantener respecto a ellas una actitud vigilante (Lafuente y Cantero, 2010; Hazan y Shaver, 1987). No obstante, Mikulincer y Shaver (2007) no comparten la idea de que el estilo ambivalente posea una visión positiva de los demás, sino que defienden una visión ambivalente de los otros (bajo el prisma positivo y negativo a la vez), fruto de la crianza inconsistente que han experimentado. Desean y buscan la atención de las figuras significativas, pero a la vez desconfían de ellas.

Respecto a sus relaciones familiares, los preocupados o ambivalentes describen a su madre con sentido del humor, divertida, agradable, respetable y no rechazadora, y sin embargo tiene una visión de persona injusta de su padre. Pero por otro lado muestran resentimiento hacia su madre por sus respuestas inconsistentes (Lafuente y Cantero, 2010).

Aparece una visión de la pareja del preocupado caracterizada por la insatisfacción de sus necesidades (no le cuida bien y no se compromete lo suficiente, por lo que no confían plenamente en ella). Dudan del amor y compromiso de su pareja, y presentan en consecuencia ansiedad por la posibilidad de que decida abandonarles. Por ello se muestran vigilantes y dedican muchos esfuerzos a conseguir que su pareja se ocupe de ellos, con estrategias como exagerar su enfado o malestar, y presencia de conductas celosas (Lafuente y Cantero, 2010). En este sentido, como la disponibilidad de la figura de apego en el pasado fue inconsistente (a veces sí atendían sus necesidades, otras no), siguen concediendo valor a las relaciones sociales y desean la intimidad, aunque no se sientan totalmente cómodos con ella. Se caracterizarían además por una preocupación obsesiva por ser abandonados, un deseo extremo de unión y reciprocidad, presencia de desconfianza y celos, así como una mayor vulnerabilidad a la soledad (Pistole, 1989; citado en Lucariello, 2012; Brennan y Shaver, 1995; Feeney y Noller, 1990; Hendrick, Hendrick y Adler, 1989; Hazan y Shaver, 1987).

De acuerdo con Cassidy y Kobak (1988), las personas con un estilo preocupado muestran una hiperactivación en la expresión de sus necesidades, fruto de sus continuas dudas sobre sus propias capacidades y sentido de autoeficacia. Esto implica que ante una amenaza, ya sea física o psicológica, despliegan una serie de estrategias de hiperactivación afectivas, cuando perciben que la figura de apego no está disponible. Así, como señalan Mikulincer y Shaver (2008, citado en Lafuente y Cantero, 2010), pueden estar hiperalertas para detectar amenazas y exagerar las consecuencias de las mismas; mostrar intensificación de las respuestas emocionales negativas hacia los sucesos amenazadores; tender a darle vueltas a las preocupaciones; tener fácil acceso a los recuerdos dolorosos y que generen malestar; y experimentar perspectivas negativa sobre uno mismo. Este tipo de estrategias implican una desorganización en la búsqueda de apoyo (pues se mezclan sentimientos y emociones relacionados tanto con la figura de apego como del rechazo y abandono de la misma), lo que les lleva a no solicitar ayuda de forma directa, sino a través de métodos indirectos menos eficaces (llorar, hacer pucheros, refunfuñar). Marrone (2009) destaca como en este estilo de apego se tiende a manifestar y ampliar su vulnerabilidad, a diferencia de los sujetos evitativos, que la

esconden y proyectan; pero este tipo de estrategias finalmente les llevan a resultados contraproducentes, como pueden ser duelos prolongados y de escasa o lenta resolución, y el establecimiento rápido de nuevas relaciones donde tienden a comportarse de una manera ambivalente y adhesiva, con explosiones fuertes de rabia.

Para Collins y Read (1994, citados en Lucariello, 2012) el objetivo fundamental de las personas ambivalentes parece ser conseguir la aprobación y evitar el rechazo. En consecuencia, centran su atención excesivamente hacia los signos de desaprobación de los demás. Marrone (2009), también añade una alta dependencia de la opinión de los demás sobre su valor personal y aceptación, una tendencia a idealizar a algunas personas y a culparse a sí mismas en los conflictos interpersonales (sosteniendo la visión positiva del otro).

Los sentimientos más destacados en el apego ambivalente serían la ansiedad, inseguridad, resentimiento, insatisfacción, tristeza, temor, disgusto, culpa, desprecio y cólera. Estas personas se distinguirían por ser poco sensibles y poco receptivos a las necesidades de otros, con baja autoestima, celos, dependencia y elevada ansiedad de separación, poco evitativos, algo neuróticos, abiertamente expresivos y comunicativos, con altibajos emocionales, a veces cohibidos y cautelosos, complacientes, agradables e inmaduros, y con rasgos histriónicos (Lafuente y Cantero, 2010).

c) Apego evitativo resistente (o huidizo distante):

La persona evitativa resistente posee un modelo positivo de sí mismo y un modelo negativo de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991). El evitativo resistente puede haber sido apreciado cuando estaba emocionalmente bien y cuando ha satisfecho las expectativas de sus figuras de apego (ej.: ser buen estudiante), por lo que pese a no ver satisfechas sus necesidades de apego, sí ha logrado satisfacer ciertos deseos de sus padres y se siente apreciado por ello. Pero como este aprecio es condicional (en función de su triunfo o no en sus metas), una parte de su autoestima se basa en acciones defensivas. Por lo tanto, para compensar sus experiencias negativas en el terreno personal, puede centrarse en los logros alternativos de tipo material, académico o profesional, forjando su autoconcepto entorno al sentimiento de autoeficacia. Además, como anticipan la falta de sus figuras de apego, evitan o niegan la

necesidad de apoyo o atención, y se consideran autosuficientes, ocultando así su miedo a confiar en los demás (Lafuente y Cantero, 2010).

Según Brennan y Shaver (1995), estas personas despliegan estrategias de negación de sus propias necesidades afectivas, utilizan el trabajo como distracción, evitan focalizar su atención en los sentimientos y puede acudir al consumo de alcohol para reducir tensiones frecuentemente. Y es que el estilo evitativo resistente actúa básicamente de forma evitativa, ya que tiende a disminuir su sentido de vulnerabilidad, suprimir la tendencia a expresar necesidades y a esforzarse por arreglárselas solo (Lafuente y Cantero, 2010). Ante la percepción de amenazas (psicológicas o físicas), el estilo resistente se inhibe defensivamente en la búsqueda de una figura de apego, desarrollando estrategias de desactivación como método de regulación afectiva, como son: dejar de prestar atención activa a los sucesos amenazadores y a las vulnerabilidades personales; presentar inhibición y supresión de pensamientos y recuerdos evocadores de malestar; evitar la entrada de nueva información; negar imperfecciones personales y proyectar aspectos negativos de uno mismo a los demás; mostrar incapacidad para reconocer emociones negativas; e incluso negar los miedos básicos (Mikulincer y Shaver, 2008; citados en Lafuente y Cantero, 2010).

Los resistentes, en general, describen a sus madres como personas frías y rechazadoras, y a veces lo complementan con una visión idealizada del padre (Lafuente y Cantero, 2010).

En cuanto a la pareja, no tienen confianza en ella, ya que esperan que en algún momento puedan fallarles o rechazarles. En consecuencia, se hacen autosuficientes, se encierran en sí mismos y evitan la ansiedad con actividades de distracción no sociales. De este modo, con el objetivo de preservar su autoconcepto, restan valor a las relaciones afectivas, huyendo de la intimidad y del contacto físico (Lafuente y Cantero, 2010). En estudios sobre la calidad de la relación durante el noviazgo, Simpson (1990) encontró que tanto el apego evitativo como el ansioso-ambivalente tenían correlaciones negativas con la confianza y la satisfacción, estando el apego evitativo también relacionado con niveles bajos de interdependencia.

Esta motivación para mantener su independencia genera una hipervigilancia de las señales de intrusión de los demás (rechazando la intimidad de las relaciones), y su autosuficiencia les lleva a evitar toda la información que active el sistema de apego, desactivando las necesidades que implican apego, fruto de sus sentimientos parciales y

condicionales de ser apreciados (Collins y Read, 1994; citados en Lucariello, 2012), y rechazando la intimidad en las relaciones.

Las estrategias de regulación afectiva de este estilo de apego inseguro se caracterizan por presentar una desactivación defensiva del sistema de apego (Cassidy y Kobak, 1988). De este modo los individuos evitativos intentan maximizar la distancia con sus figuras de apego, evitar la interdependencia, esforzarse por conseguir auto-realización y mantener el control, y suprimir aquellos pensamientos estresantes y las memorias dolorosas (Shaver y Mikulincer, 2002).

Los sentimientos más característicos de este tipo de apego evitativo resistente serían la inseguridad, la hostilidad y el rechazo. Se caracterizarían por ser personas con baja sensibilidad y deficiente capacidad de respuesta, además de poseer una autoestima moderada o alta, autosuficiencia, ser fríos socialmente y con una hostilidad manifiesta de la que no parecen ser conscientes (Lafuente y Cantero, 2010).

d) Apego evitativo temeroso.

El sujeto evitativo temeroso, por su parte, presenta un modelo negativo de sí mismo y de los demás (Bartolomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991). La visión negativa de sí mismo le lleva a sentir una elevada necesidad de aprobación, y le da muchas vueltas a las relaciones; la visión negativa de los otros hace que se sienta incómodo con la intimidad y que lleguen a menospreciar las relaciones afectivas (Feeny, Noller y Hanrahan, 1994; Lafuente y Cantero, 2010).

Es probable que hayan recibido pautas de crianza infantil consistentes en el castigo físico, desdén y retirada de amor (Consedine y Fiori, 2009; Lafuente y Cantero, 2010). Además, es el apego que se ha encontrado con mayor frecuencia en los adultos que fueron adoptados en su infancia (Feeney, Passmore y Peterson, 2007).

Ante una amenaza, el temeroso (con elevada ansiedad y elevada evitación) podría utilizar tanto estrategias de desactivación más propias del estilo evitativo resistente, como estrategias de hiperactivación más cercanas al estilo preocupado, sintiéndose constantemente vulnerable al no tener una estrategia coherente (Lafuente y Cantero, 2010; Mikulincer y Shaver,

2007). Y es que este estilo temeroso comparte características con tanto con el estilo evitativo resistente (evitación de la intimidad) como con el preocupado (concepto negativo de sí mismo y presencia de dependencia); pero se distingue del resistente en que la principal fuente del distante son sus logros alcanzados frente a la aprobación de los demás del temeroso, y del preocupado en que su temor al rechazo le impide iniciar relaciones íntimas, manteniendo una red social mínima (Melero Caveró 2008).

Las emociones más características serían su elevada ansiedad, disgusto, vergüenza, temor a ser rechazado dentro de las relaciones y miedo a la intimidad, algo de culpa, cólera, tristeza, y desprecio. Suelen poseer baja autoestima, ser propensos a los celos, dependientes y sumisos, con baja asertividad e inseguros socialmente. Además, coinciden con los evitativos en ser poco sociables, solitarios, muy evitativos, menos agradables que los seguros y ambivalentes, introvertidos, poco comunicativos, poco cariñosos, poco expresivos, coercitivos, y a veces hostiles (Lafuente y Cantero, 2010).

Por último, hay que señalar que a pesar de que han pasado más de tres décadas desde que Bartolomew señalara la existencia del estilo temeroso en 1990, son pocos los estudios que lo diferencian del apego evitativo resistente. En general, se considera que el apego temeroso es similar a la desorganización afectiva (George y West, 1999, citados en Melero Caveró, 2008). Siguiendo el interesante planteamiento de Melero Caveró (2008), se podría considerar al estilo evitativo temeroso y al desorganizado como estilos pertenecientes a un mismo continuo dimensional (sensibilidad-insensibilidad), en cuyo polo más insensible y traumático se situaría el apego desorganizado, marcado por experiencias extremadamente dolorosas que algunos niños/as sufren en su infancia, y que les hace desarrollar una desorganización afectiva caracterizada por una temerosidad muy elevada. En la memoria traumática de los sujetos temerosos, las experiencias de rechazo no dejarían una huella tan marcada como en el caso de los desorganizados, al proceder de una crianza no tan insensible. En esta línea, Brennan y cols. (1991; citados en Feeney y Noller, 2001) sugieren que el estilo temeroso es análogo al grupo A-C del apego infantil, idea que es apoyada por el hecho de que los evitativos temerosos muestran un perfil de apego indicativo de una inseguridad extrema (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994).

d) Apego Desorganizado.

Las personas con apego desorganizado han experimentado traumas relacionados con el apego, como pérdidas o abusos, siendo común el relato de las personas con desorganización afectiva la aparición de historias familiares de abuso, negligencia, trastornos mentales severos, duelos no resueltos o historias de maltrato como antecedentes comunes (George, Kaplan y Main, 1985; citados en Melero Caverro, 2008).

Su desorganización se manifiesta a través de las siguientes alteraciones en relación con el trauma: fallos en el control de su razonamiento (con posibles alteraciones de la conciencia y/o memorias disociadas), cambios bruscos y exagerados en su narrativa, y presencia de incoherencia entre lo que cuentan y su expresión emocional (Lafuente y Cantero, 2010). Además, sus conductas de apego muestran desorganización porque buscan desesperadamente cercanía física con los demás a la vez que intentan crear distancia mental, utilizando estrategias poco coherentes de regulación afectiva (Melero Caverro, 2008), lo que lleva a estas personas a sentirse afectivamente desorientadas.

Cuentan con la creencia de que los demás son irresponsables y están necesitados de vigilancia y control constante. Este control pueden ejercerlo a través del cuidado compulsivo (al igual que las personas con apego evitativo temeroso), de la complacencia extrema y del castigo (Lafuente y Cantero, 2010).

2.1.4.3. Los estudios sobre el apego en la relación de pareja.

Según el propio Bowlby (2003), el apego es un sistema innato y esencial para la supervivencia del individuo y de la especie, que persiste a lo largo de todo el desarrollo humano debido a su potencial adaptativo. Durante la etapa infantil, el niño/a tiene como figuras de apego principales a sus padres; a partir de la adolescencia se produce un paso gradual de los distintos componentes del apego hacia otras figuras distintas de las parentales; y en la etapa adulta se irán configurando como figuras principales las parejas románticas, mientras que las figuras parentales pasan a funcionar como “figura en reserva”, asumiendo una posición

secundaria a la pareja romántica (Weiss, 1993; citado en Mikulincer y Shaver, 2007; Melero Caverro, 2008). Posteriormente se ha postulado que el amor de pareja se puede conceptualizar como un proceso de apego que tiene una fuerte similitud con el que une a los niños/as con sus cuidadores, con reacciones similares en cuanto a sus figuras de apego: fascinación por ellas, malestar si hay separación, esfuerzos por mantener la proximidad y la necesidad de compartir actividades en común. De este modo, las relaciones íntimas parten de un sistema de apego, hereditario en la especie, que se desarrollaría a partir del apego infantil, y que continúa con el objetivo de asegurar la supervivencia mediante el establecimiento de relaciones interpersonales (Hazan y Shaver, 1987).

La *primera línea de investigaciones* sobre el apego en la etapa adulta fue iniciada por Main y su equipo a principio de la década de los 80 del siglo pasado, partiendo un modelo categorial y con la hipótesis de que los patrones de apego de los padres (seguro, preocupado y resistente) afectaban al desarrollo de los patrones de sus hijos, planteamiento que fue confirmado y ha sido replicado en numerosas ocasiones. Estos autores desarrollan la AAI (*Adult Attachment Interview*), entrevista semiestructurada diseñada para conocer las relaciones de apego durante la infancia desde la perspectiva actual. La AAI fue así el primer instrumento concebido para la evaluación del apego adulto, y una de sus características más llamativas es la elevada correspondencia entre el estilo de apego de los/as niños/as (obtenida a través de la “Situación Extraña”) y el apego de los progenitores evaluado con la AAI (Hesse, 1999; citado en Yáñez-Yaben y Comino, 2011).

Una *segunda línea de investigación* está formada por los estudios centrados en las relaciones románticas adultas, y que corresponden con los modelos dimensionales. Este acercamiento fue iniciado por Hazan y Shaver (1987), a través de los resultados obtenidos a partir del desarrollo de su primer cuestionario (*Measure of Attachment Styles*), cuyo objetivo principal era captar los rasgos que tipificaban los tres tipos de patrones adultos conceptualizados por Ainsworth (seguro, evitativo y ambivalente), centrando su foco de interés en la ansiedad, dependencia y evitación experimentada en las experiencias de apego adulto. Estos autores encontraron paralelismos entre las cualidades de apego infantiles, y los patrones

de conducta y sentimientos en relaciones de pareja adolescentes y adultos (Martínez y Santelices, 2005).

Hazan y Shaver (1987) describen a las personas seguras como individuos que se sienten cómodos con la intimidad, y que son capaces de confiar en los demás y depender de ellos. Las personas evitativas son descritas como individuos que se sienten incómodos con la intimidad y a quienes no les gusta depender de los demás. Por su parte, los sujetos ansioso-ambivalentes serían personas que buscan niveles extremos de intimidad y temen que los abandonen o no los quieran lo suficiente.

Hazan y Shaver además encontraron una serie de diferencias en el estilo de apego según las medidas de la historia de apego, los modelos mentales y las experiencias amorosas, resumidas en la *Tabla 2.3.*:

Tabla 2.3.: Diferencias en el estilo de apego según las medidas de la historia de apego, los modelos mentales y las experiencias amorosas (FUENTE: Feeney y Noller, 2001, p. 45)

MEDIDA	SEGURO	EVITATIVO	ANSIOSO-AMBIVALENTE
<i>Hª DE APEGO</i>	<i>Relaciones cálidas con ambos padres y entre los padres</i>	<i>Las madres se perciben como frías y con tendencia al rechazo</i>	<i>Padres percibidos como injustos</i>
<i>MODELOS MENTALES</i>	<i>Fáciles de conocer; pocas dudas sobre sí mismos; los demás suelen tener buenas intenciones; el amor de pareja es duradero</i>	<i>El amor de pareja raramente dura; el amor pierde intensidad</i>	<i>Dudas sobre sí mismos; incompreensión por parte de los demás; es fácil enamorarse, pero es difícil de encontrar; los demás no quieren comprometerse.</i>
<i>EXPERIENCIAS AMOROSAS</i>	<i>Felicidad, amistad y confianza</i>	<i>Miedo a la intimidad; dificultad para aceptar a la pareja</i>	<i>Obsesión y celos; deseo de unión y reciprocidad; fuerte atracción sexual; extremos emocionales</i>

Los distintos estudios realizados a posteriori parecen constatar que las personas seguras muestran mayores niveles de satisfacción e implicación en una relación de pareja, mientras que los sujetos inseguros manifiestan los mayores niveles de insatisfacción en este tipo de relaciones (Myers, 2000; Jacob, 1999; Davila, Bradbury y Fincham, 1998; Kirkpatrick y Davis, 1994; López y cols., 1994; citados en Lucariello, 2012; Timm y Keiley, 2011; Rivera-Rivera y cols., 2006; Koback y Hazan, 1991). También se obtienen distribuciones de los subtipos de apego en los adultos de manera similar a las investigaciones realizadas en la etapa infantil. En este sentido, Hazan y Shaver (1994; citados en Baldwin y Fehr, 1995) encontraron que el 55% de su muestra mostraban apego seguro, 25% mostraban un estilo evitativo y entre el 20% presentaban un apego ambivalente.

Gracias a la conceptualización de estos autores, se logró construir un puente entre las teorías del apego infantil y las teorías del amor de pareja, generando un intenso interés por las relaciones adultas. Ellos realizaron el primer instrumento para evaluar el sistema comportamental del individuo con relación al apego (*Measure of Attachment Styles*; Hazan y Shaver, 1987). A partir de aquí surgieron diversos cuestionarios, en esta investigación se resalta la Escala de Apego Adulto (AAS; Collins y Read, 1990) y el Cuestionario de Relación (RQ; Bartholomew y Horowitz, 1991), por ser otros autores de referencia tanto en la investigación en este campo como en el propio estudio que aquí se desarrolla.

Collins y Read (1990) observaron el funcionamiento de las relaciones de pareja durante el noviazgo, y lograron aportar aspectos fundamentales para la conceptualización y medida del apego adulto y del papel de los modelos internos, así como cuentan con un papel importante en la evaluación del apego adulto en esta investigación. Estos autores modifican las medidas iniciales de Hazan y Shaver, separando en 21 ítems las afirmaciones contenidas en cada descripción de los patrones originales, y evalúan el apego adulto a través de tres factores: *cercanía*, *dependencia* y *ansiedad*. Aunque estas tres dimensiones no corresponden directamente con ningún modelo categórico ni dimensional existentes dentro de la teoría del apego, Collins y Read (1990) concluyen que las dimensiones medidas por su escala (AAS) recogen muchas de las estructuras centrales que se piensa estarían por debajo de los distintos tipos de apego:

- La *Dependencia* describe la confianza en que los demás estarán disponibles cuando los necesites. Esta escala está formada por ítems que describen tanto al estilo seguro como al evitativo.
- La *Ansiedad* describe sentimientos ansiosos en las relaciones, tales como miedo a ser abandonado o no ser querido. Está formada por ítems referidos tanto al apego ansioso ambivalente como al seguro.
- La *Cercanía* se refiere a sentimientos de comodidad ante la intimidad y cercanía de otros, reflejando un estilo de apego seguro. Esta escala, como la de Dependencia, también está formada por ítems que describen tanto al estilo seguro como al evitativo.

Collins y Read (1990) señalan que Dependencia y Cercanía están moderadamente correlacionados, sugiriendo que las personas que sienten que dependen de los otros tienden a estar más cómodos en relaciones íntimas. El factor Ansiedad, por su parte, estaría levemente relacionado de forma negativa con Dependencia, y no mostraría ninguna relación con Cercanía.

Estos autores resaltan que como cada subtipo de factor está basado en ítems de más de un estilo de apego de la escala de Hazan y Shaver, no puede existir una correspondencia exacta entre las dimensiones y las categorías clásicas de apego (seguro, ansioso y evitativo). Sin una correspondencia exacta con su medida *Attachment Style Measure* (Hazan y Shaver, 1987), Collins y Read (1990) encuentran en sus resultados tres clústeres distintos que corresponderían según los autores con los tres estilos de apego (ver *Tabla 2.4.*):

1. Clúster 1 (estilo de apego seguro): obtienen puntuaciones altas en Cercanía y Dependencia, y bajas en Ansiedad
2. Clúster 2 (estilo de apego ansioso): con puntuaciones moderadas en Cercanía y Dependencia, y altas en Ansiedad
3. Clúster 3 (estilo de apego evitativo): con puntuaciones bajas en Cercanía, Dependencia y Ansiedad.

Tabla 2.4.: Peso de cada dimensión de Collins y Read en función del estilo de apego de Hazan y Shaver.

	DEPENDENCIA	ANSIEDAD	CERCANÍA
SEGURO	++	--	++
EVITATIVO	--	--	--
ANSIOSO	+	++	+

Finalmente, Collins y Read encuentran que los sujetos seguros se sienten cómodos con la cercanía, capaces de depender de otros, y no preocupados por ser abandonados o no queridos; por su parte, un sujeto evitativo se sentirá incómodo con la intimidad y cercanía (no confiará en la disponibilidad de los demás), y tampoco estará especialmente preocupado por el abandono de los otros; finalmente, la persona ansiosa estará cómoda con la cercanía, bastante segura de la disponibilidad de los demás, pero muy preocupada por ser abandonada o no querida.

Otro autor de referencia en el estudio del apego adulto es, sin duda, Bartholomew (1990), que analiza la correspondencia entre las medidas de Main y cols. (AAI, 1985) y de Hazan y Shaver (1987), esperando convergencia (ya que se basan en la misma conceptualización de Ainsworth), y detecta diferencias entre los perfiles del patrón evitativo de ambas investigaciones. Bartholomew argumenta que se trata de dos patrones evitativos distintos: por un lado el llamado “resistente-evitativo” (caracterizado por la autosuficiencia defensiva y baja percepción de malestar, que correspondería con el obtenido por Main), y por otro lado el llamado “temeroso-evitativo” (con elevados niveles de malestar por la anticipación del rechazo del otro), que correspondería con el obtenido por Hazan y Shaver (Feeney y Noller, 2001).

En consecuencia, Bartholomew y Horowitz (1991) proponen un modelo de cuatro grupos del apego adulto, basándose en la idea de Bowlby de que los patrones de apego reflejan tanto modelos de funcionamiento del sí mismo, como de los de la figura de apego (Feeney y Noller, 2001). De este modo, Bartholomew defiende que los modelos del sí mismo y de la

figura de los otros pueden dicotomizarse en positivos y negativos, formando cuatro tipos de apego distintivos (ver *Tabla 2.5.*). La combinación de estas dos variables darían como resultado cuatro tipos de apego: seguro, preocupado, temeroso y evitativo.

Tabla 2.5.: Modelo de cuatro grupos del apego adulto de Bartholomew
(FUENTE: Feeney y Noller, 2001, p. 64)

		MODELO DE SÍ MISMO	
		(Ansiedad)	
		Positivo (Baja)	Negativo (Alta)
MODELO DEL OTRO (Evitación)	Positivo (Baja)	SEGURO Cómodo con la intimidad y la autonomía	PREOCUPADO Preocupado (Main), ambivalente (Hazan), demasiado dependiente
	Negativo (Alta)	RESISTENTE- EVITATIVO Negación el apego, resistente (Main), contra-dependiente	TEMEROSO Miedo al apego, evitativo (Hazan), socialmente evitativo

Los datos empíricos apoyan tanto la utilidad de este modelo de cuatro grupos del apego adulto (Griffin y Bartholomew, 1994), como la división de dos subcategorías dentro del estilo evitativo (resistente y temeroso), de tal modo que la gran mayoría de autores posteriores han adoptado el modelo de los cuatro grupos de apego. Es interesante señalar, además, que la tipología de los cuatro grupos es también compatible las investigaciones centradas en el apego infantil, y la posible correspondencia entre el apego evitativo-temeroso de Bartholomew y el apego desorganizado (o también llamado D o A-C) (Feeney y Noller, 2001). Brennan, Shaver y Tobey (1991; citados en Feeney y Noller, 2001) desarrollan una tabla cruzada entre las tipologías clásicas de Hazan y Shaver (1987) con la medida categorial de Bartholomew y Horowitz (1991), y obtuvieron elevada correspondencia entre los estilos seguros y

preocupados/ansioso-ambivalentes de ambas pruebas, mientras que los temerosos de Bartholomew y Horowitz corresponden con los evitativos de Hazan y Shaver, y las personas resistentes del CR formaban parte de los estilos seguro y evitativos de Hazan y Shaver.

Las dos dimensiones propuestas por Bartholomew y Horowitz son conceptualizadas por Brennan, Clark y Shaver (1998, citado en Shaver y Mikulincer, 2002) de una forma alternativa, donde “Ansiedad” correspondería con el “Modelo de sí mismo” y la variable “Evitación” correspondería al “Modelo de los otros”. Ambas conceptualizaciones hacen referencia a los mismos conceptos:

- *Ansiedad/Modelo de sí mismo*: se refiere al miedo al rechazo y al abandono por parte de los compañeros románticos (Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver y Gillath, 2008). En el polo elevado, se asocia con una auto-imagen negativa, necesidad excesiva de aprobación y cercanía, miedo al rechazo y al abandono, y sensación de incomodidad cuando se está solo (Fossati y cols., 2003, citados en Bedoya, 2012; Shaver y Mikulincer, 2002).
- *Evitación/Modelo de los otros*: alude al grado en que una persona se siente incómoda dependiendo o intimando con los otros (Alonso-Arbiol y cols., 2008). La evitación alta se asocia con la visión de que los demás no están disponibles ni proporcionan apoyo (Bartholomew y Horowitz, 1991), así como con la presencia de evitación social, necesidad excesiva de autonomía y distancia emocional de los demás (Mikulincer y cols., 2003).

Actualmente la gran mayoría de los autores que trabajan en el campo del apego adulto aceptan que los diferentes estilos y prototipos de apego pueden ser alineados a lo largo de un continuo de estas dos dimensiones conceptuales (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). En esta línea, Mikulincer y cols. (2003) también destacan la utilidad de emplear dos dimensiones del apego adulto (Ansiedad y Evitación), sugiriendo adecuada fiabilidad y validez de la escala desarrollada por Brennan y cols., (ECR, Escala de Relaciones Cercanas), y correspondencia con la teoría de Bowlby. De este modo:

- El *Apego Seguro* vendría definido por baja ansiedad y evitación, reflejando sensaciones de comodidad con la intimidad y la interdependencia, y confianza en la

búsqueda de apoyo así como otras estrategias de afrontamiento constructivas frente al estrés.

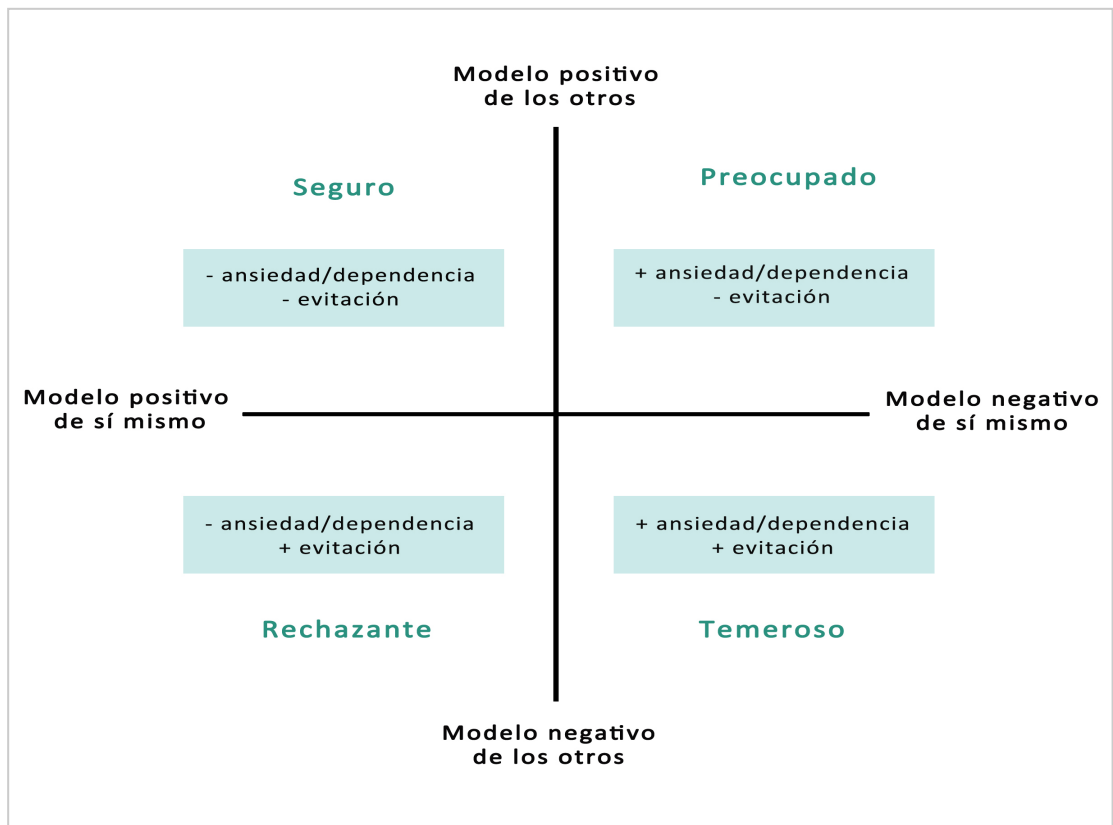
- El *Apego Ansioso* vendría definido por elevada ansiedad y baja evitación. Reflejaría la falta de seguridad en el apego, una fuerte necesidad de intimidad, preocupaciones sobre las relaciones y miedo a ser rechazado.
- El *Apego Resistente-evitativo* vendría a su vez definido por alta evitación (con una elevada necesidad de independencia psicológica y emocional respecto a los otros) y baja ansiedad.
- El *Apego Temeroso-evitativo* mostrarían elevada ansiedad y evitación destacando también la falta de seguridad en el apego, auto-confianza compulsiva, y preferencia por la distancia con los demás. Tanto en apego evitativo como el ansioso estarían caracterizados por el fallo en la búsqueda de proximidad para controlar el estrés, y adoptar estrategias afectivas secundarias.

A estas correspondencias también es posible añadir una más: se puede hablar de Dependencia (necesidad de aprobación en las relaciones íntimas, situada en el eje de la Ansiedad y Modelo de sí mismo) y Evitación de intimidad (evitación del contacto íntimo con los otros, situada en el eje de la Evitación y de Modelo de los Otros) (ver *Figura 2.1.*). Posteriormente, Bartholomew y Shaver (1998) confirman la correspondencia entre ambas dimensiones. De hecho, en sus postulaciones iniciales, Bartholomew describía la dimensión “Modelo de sí mismo” asociada tanto al grado de ansiedad como a la dependencia de la aprobación de los otros en las relaciones íntimas. Según esta conceptualización, Ansiedad y Dependencia podrían explicar un mismo eje para categorizar los subtipos de apego, contrastando con las tres dimensiones diferenciales que Collins y Read obtienen para explicar las diferencias del apego adulto, donde Ansiedad y Dependencia son dos factores diferentes.

Brennan y cols. (1998; citados en Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya y Lancee, 2010) encuentran que tanto el factor Cercanía como el de Dependencia de la AAS (Collins y Read, 1990) correlacionan con la dimensión de evitación, y que el factor Ansiedad correlaciona con la dimensión ansiedad de otras escalas de apego. Más tarde, Collins (2008) adapta los factores de su escala original para que exista correspondencia con los modelos que defienden la existencia de dos dimensiones del apego (y no tres). De este modo, identifica dos factores generales,

Ansiedad y Evitación, en consonancia con el resto de líneas de investigación. El factor Ansiedad correspondería con el factor Ansiedad original, estaría formado por los mismos ítems. Por su parte, el factor Evitación estaría formado por la suma de los ítems de los factores originales Cercanía y Dependencia (invirtiendo el valor de cada ítem). Es interesante el acercamiento de esta autora hacia el modelo bidimensional, y parece relevante para esta investigación comprobar si existe correspondencia entre las dos dimensiones aportadas por el Cuestionario de Relación y esta nueva reformulación de la AAS.

Figura 2.1.: Relación entre los estilos de apego propuestos por Bartholomew y las dimensiones subyacentes de Brennan y cols. (FUENTE: Modificado de Moreno García, 2010; adaptado de Griffin y Bartholomew, 1994)



Una *tercera línea de estudios* posteriores sobre el en el apego en las relaciones de pareja se han centrado no tanto su medición sino en valorar la estabilidad del estilo de apego, para poder determinar si el apego adulto se trata de una variable duradera de los individuos (rasgo) o de, si por el contrario, reflejan el funcionamiento del apego en las relaciones de pareja presentes.

Pues bien, a través de los principales estudios realizados en la década de los 90 del siglo pasado, se puede estimar la existencia de porcentajes similares en todas las investigaciones (Scharfe y Bartholomew, 1994; Senchak y Leonard, 1992, citados en Feeney y Noller, 2001; Baldwin y Fehr, 1995), reflejando que aproximadamente entre el 71% y 80% de los sujetos mantenían el mismo tipo de apego adulto a lo largo de un intervalo de tiempo estudiado, mostrando un cambio de patrón uno de cada cuatro sujetos. Se encontró mayor estabilidad en los sujetos seguros, y menor en los sujetos ambivalentes.

La inestabilidad en un porcentaje del apego adulto se ha explicado por dos factores: por un lado, los problemas de fiabilidad que las medidas de apego adulto (siendo las más refinadas las que muestran más estabilidad); por el otro, se ha entendido que los factores contextuales y acontecimientos relacionales pueden provocar inestabilidad a corto plazo en la orientación del apego de los individuos (Baldwin y Fehr, 1995). Un estudio interesante de Kirkpatrick y Hazan (1994, citados en Feeney y Noller, 2001) sugiere que las experiencias relacionales moderan la estabilidad del apego, en el sentido que las rupturas relacionales estaban conectadas con posibles cambios de formas de apego seguras a inseguras, y que los sujetos evitativos que establecían nuevas relaciones tenían menos probabilidad de seguir siendo evitativos que aquellos que no lo hacían.

En términos generales, se pueden destacar tres posturas en torno a la estabilidad/inestabilidad del sistema de apego: a) una postura “prototípica”, favorable a la idea de estabilidad a través de las situaciones, diferentes vínculos y a través del tiempo, y a una concepción del apego como condicionante de las relaciones con el entorno; b) una postura “revisionista”, que defiende que el sistema de apego puede modificarse o cambiar en función de si existen cambios o no en el exterior (enfermedades, pérdidas de padres, cambios de ciudad, separaciones, etc.); y c) posturas intermedias que están más cerca de la estabilidad o inestabilidad en función del tiempo que conceden a la formación del apego (sólo durante la infancia, hasta la adolescencia o durante toda la vida), entre otros aspectos (López, 2006).

Desde esta investigación se recoge con interés la aportación de Yáñez (2008), que explica cómo las relaciones de apego poseen “*el potencial para que el sujeto pueda sentirse seguro, aunque no garantizan la seguridad per se*” (p. 74). Los modelos internos serían los que definen las reglas que configuran el estilo de apego con las relaciones significativas, y según la autora, estos modelos paulatinamente van convirtiéndose en más resistentes al cambio, en función de varios factores: a) las personas seleccionan los ambientes que son consistentes con sus creencias (sobre sí mismo y los demás); b) estos modelos producen sesgos en el procesamiento de la información, mostrando prioridad por aquella información coherente con el propio sistema de apego, que a su vez se recuerda de manera más fácilmente; y c) la profecía auto-cumplida que emerge de la percepción sesgada de las acciones y deseos de los otros.

No obstante, pese a la tendencia a la estabilidad de los modelos internos, también es posible su cambio a través de un proceso de “*situarse fuera de un sistema de relaciones dado y de verlo de forma más abstracta*” (Yáñez, 2008, p.75), como puede ser un proceso reflexivo personal o en el contexto de una psicoterapia. Además, existen ciertos momentos vitales (adolescencia, paternidad, pérdidas de seres queridos) que representan alteraciones significativas del entorno social de una persona, y suponer un factor de cambio de los modelos anteriores. En este sentido, Serrano (2012) defiende que el apego puede cambiar cuando las circunstancias del entorno son contrarias a los modelos existentes, si bien el impacto de cada experiencia negativa puede estar mediada por el apoyo emocional proporcionado por personas relevantes de su entorno.

2.1.4.4. Apego, estrés y trauma.

Las situaciones que más probablemente pueden elicitar conductas de apego en los adultos serían las condiciones sociales o ambientales estresantes, las condiciones que supongan una amenaza para el futuro de la relación de apego (ausencia o rechazo de la proximidad por parte de la pareja sentimental, o la existencia de conflictos de pareja), así como condiciones propias del individuo, como pueden ser los problemas de salud. En estas situaciones el sistema de apego se activa de forma más pronunciada, y es cuando deberían ser más visibles las

diferencias individuales (Feeney y Noller, 2001; Simpson y Rholes, 1994; Simpson, Rholes y Nelligan, 1992).

Diversos estudios longitudinales en diferentes culturas muestran la existencia de relación entre la seguridad en el apego y la tolerancia al estrés: las personas con apego seguro parecen presentar una mayor tolerancia al estrés ante emociones conflictivas, ya que son capaces de considerar las múltiples causas que en ellas inciden. Por el contrario, las personas con apego inseguro tienen a percibir solamente determinados aspectos de la realidad, distorsionándola y obstaculizando la comprensión y aceptación de emociones conflictivas (Grossmann y Grossmann, 1990, citados en Moreno, 2010). En general, existe evidencia de la existencia de diferencias en las estrategias empleadas ante situaciones estresantes en función del apego:

- Los individuos *seguros* tienen más probabilidad de buscar apoyo en los demás que los individuos con otro tipo de apego (Mikulincer y cols., 1993; Simpson, Rholes y Nelligman, 1992). Fenney (1995b, citado en Fenney y Noller, 2001) pone de manifiesto que el apego seguro está asociado con una menor ansiedad en la respuesta de separación de la pareja, y con un mayor número de estrategias constructivas de afrontamiento (centradas en el problema). Estos resultados parecen apoyar la idea de que el apego seguro facilita la manifestación de respuestas saludables ante el estrés, además de reconocer con mayor probabilidad el dolor y contar con más apoyo de los demás.
- Las personas *ansiosas-ambivalentes*, cuando se enfrentan a situaciones estresantes, son intensamente conscientes de su malestar y desean inmediata, directa e incondicionalmente el apoyo de sus figuras de apego (Simpson y Rholes, 2012). Debido a sus modelos internos, están motivados a reducir su malestar haciendo lo que sea necesario para disminuir su sensación de inseguridad con sus parejas (Mikulincer, 1998), utilizando estrategias centradas en la emoción o de hiperactivación (Mikulincer y Shaver, 2003; citados en Simpson y Rholes, 2012).
- En ocasiones los individuos *evitativos* no son conscientes de su malestar, y por lo tanto no buscan apoyo en los demás. Debido a la naturaleza “cínica” de sus modelos internos,

cuando son conscientes del problema, no buscan ayuda y actúan de modo autosuficiente, distanciándose de la situación estresante (ej.: con deseos de sentirse de otra manera y mostrándose auto-críticos), lo que les permite restablecer su sentido de independencia, autonomía y control (Mikulincer y cols., 1993; Mikulincer, 1998). Para ello utilizarán estrategias de desactivación/evitativas de afrontamiento (Mikulincer y Shaver, 2003; citados en Simpson y Rholes, 2012). Los sujetos evitativos (tanto el temeroso como el resistente) en cierto modo han tenido experiencias similares a las personas ansiosas-ambivalentes (en el sentido que sus figuras de apego no han cubierto sus necesidades de seguridad y proximidad); pero reaccionan ante los eventos estresantes de diferente manera, utilizando defensas cognitivas, afectivas y conductuales que les permiten evitar las situaciones con potencial para activar al sistema de apego. Los resistentes, sin embargo, suelen mostrar defensas considerablemente más robustas que los temerosos, ya que parten de un modelo positivo de sí mismos y tienen menos conflictos con la autonomía y la intimidad, desplegando un conjunto más amplio de estrategias defensivas que les sirven para blindar su visión del self (Simpson y Rholes, 1994).

Vistos en conjunto, el apego resistente es el más inaccesible en términos de modelos mentales, y el más difícil de activar conductualmente. El apego ambivalente presentaría características totalmente opuestas, ya que presenta los modelos mentales más accesibles y la más fácil activación conductual. Las personas seguras y temerosas se encuentran entre estos dos extremos, si bien el apego seguro es más similar al apego resistente y el temeroso se acerca más a las características mostradas por el ansioso-ambivalente (Simpson y Rholes, 1994).

Pistole (1989, citado en Fenney y Noller, 2001) confirma en un estudio centrado en la resolución de conflictos en relaciones sentimentales, que los individuos seguros tienen más probabilidad de utilizar estrategias más favorables para afrontar los conflictos, ya que logran integrar tanto sus propios intereses como la mejora de la relación, a través de acciones centradas en la resolución de problemas. Además, las personas adultas con apego seguro tienden a integrar las consideraciones cognitivas y emocionales ante una situación estresante (en comparación con los ambivalentes, que atienden más los factores emocionales, y los evitativos, que confían en exceso en los factores cognitivos y/o niegan las reacciones emocionales). Frente a estas estrategias integradoras del apego seguro, los apegos ambivalentes utilizan estrategias de tranquilización en los conflictos de pareja, priorizando la importancia de

la relación frente a sus propios intereses con una actitud servicial. Los sujetos evitativos, por otro lado, utilizarían estrategias evitativas y el distanciamiento, lo que refleja más interés por sus propios intereses que por la relación, y una necesidad de protegerse de una posible ineficacia al intentar obtener apoyo de los demás (Mikulincer y cols., 1993).

Fenney y Noller (2001) sugieren que en función de los modelos internos propios de cada tipo de apego, existen distintos estímulos que los individuos consideran especialmente estresantes. De este modo, los sujetos ansioso-ambivalentes son especialmente sensibles a cualquier sugerencia, crítica o rechazo, ya que están principalmente motivados para buscar la aprobación y evitar el abandono. Por su parte, a los individuos evitativos les resulta más estresante aquellas señales de intrusión y control por parte de los otros, ya que su principal preocupación es que los demás se acerquen demasiado, ya que sospechan que no son dignos de su confianza.

Adentrándonos en el estrés que implican las situaciones relacionales violentas, las investigaciones sobre apego y trauma señalan que los patrones de apego inseguro están asociados con la presencia de violencia en la pareja (Babcock, Roseman, Green y Ross, 2008; Dutton y Painter, 1993), y con mayor dificultad de las mujeres maltratadas para abandonar una relación maltratante (Shurman y Rodríguez, 2006), especialmente para las mujeres con apego ansioso ambivalente, ya que el hecho de romper con la relación incrementa el miedo tanto a la separación y como a la pérdida de las relaciones (Bartholomew y Allison, 2006).

Según Walker (2010), la Teoría del apego proporciona un marco de trabajo conceptual interesante para comprender algunos temas en torno a la VGP. En concreto, esta autora alude a cómo tras la ruptura de la relación violenta, determinados estilos de apego temeroso y resistente rechazan volver a vincularse en pareja. Sin embargo, esta postura sería más traumática para el estilo temeroso, pues siente la paradoja de, por un lado, necesitar el contacto social para construirse una mejor autoestima, y por el otro, reprimirlo por el temor a sus consecuencias. Mientras que las mujeres con estilo resistente, que guardan una buena imagen de sí mismas, rechazan la vinculación social pero minimizan su ambivalencia porque en su foro interno sienten que no lo necesitan ya que confían plenamente en sí mismas.

Profundizando en este tema, si se entiende la violencia de género dentro del ámbito de la pareja como un conjunto vivencias traumáticas y estresantes en el contexto afectivo íntimo, es importante señalar el amplio repertorio de consecuencias negativas sobre las víctimas. Una diferencia importante en este tipo de relaciones es que si se conceptualiza que los vínculos de apego en la pareja suelen diferenciarse de las relaciones de apego infantil en la simetría de cuidados y roles que muestran las primeras frente a las segundas, esta característica no aparece en las relaciones maltratantes, en el sentido que no existe un intercambio equilibrado de cuidados y apoyo entre los adultos, más bien a lo largo de la relación violenta se va inclinando más y más la balanza hacia un modelo asimétrico donde tienen prioridad las necesidades de sólo una parte de la pareja (el agresor) frente a las de la víctima, cuyas necesidades básicas se ven en la gran mayoría de los casos invisibilizadas, negadas y/o boicoteadas. De este modo, las víctimas vivencian una gran paradoja experiencial: sufren maltrato por parte de quien tendría que ofrecer seguridad, protección y consuelo.

Además, teniendo en cuenta qué influencia tienen los modelos internos de las personas (y el papel de éstos en la regulación afectiva), desde esta investigación se sugiere que aquellos mapas mentales procedentes de un apego seguro generarán mayor disonancia en una relación violenta (ya que sus predicciones relacionales les inclinan a esperar una vinculación de confianza y seguridad en las relaciones significativas con el otro, y además cuentan con una valoración positiva de sí mismas). En este sentido, si bien en el inicio de la relación puede que no exista sensación de amenaza, a medida que la violencia se va introduciendo e incrementando en la cotidianidad de la pareja, es muy probable que salten las alarmas y se pongan en marcha estrategias de afrontamiento más adaptativas para asegurarse la protección, ya que la víctima de esta violencia empieza a sentir que la supuesta simetría relacional de cuidados y apoyo se está desfigurando, y que además el modelo positivo de uno mismo comienza a chocar con los mensajes de descalificación y minusvaloración de la pareja violenta. De este modo, cuando una mujer con apego seguro se siente amenazada en una relación, se activan los sistemas de apego, que en un inicio le acercan más a su figura de apego adulto principal (probablemente la pareja), y de ahí emerge una discrepancia elevada entre lo que espera del otro, y lo que encuentra (miedo y/o confusión). Esta disonancia puede iniciar una revisión más global de la situación a través de una regulación afectiva adaptativa (más característica de este estilo), permitiendo una búsqueda de explicaciones más allá de la visión de túnel limitada y reduccionista que va incorporándose en el ciclo de la violencia, donde todos los conflictos y problemas parecen ser

culpa de la víctima (a través de la recepción de continuos mensajes que se van instaurando en la narrativa personal de la gran mayoría de víctimas de VGP).

Sin embargo, en los estilos de apego inseguro tal disonancia es probable que no salte, o que se active cuando la relación violenta se haya entendido más en el tiempo y en su influencia. ¿Por qué? Si entendemos que una mujer con apego inseguro (con expectativas negativas o al menos ambivalentes sobre la disponibilidad de los otros) percibe amenaza, y se activan sus sistemas de apego, se dirige a la pareja para obtener más seguridad; si esta pareja no actúa aportando protección y sensación de seguridad, o lo hace de forma intermitente, no es tan fácil que aparezca una ruptura de expectativas, y por lo tanto, una revisión de la situación diferente, ya que realmente eso es lo que esperan de los demás. En el caso de las mujeres ambivalentes y temerosas, las devalorizaciones de la pareja pueden además confirmar sus propios mapas mentales de poca autovalía personal, mientras que las evitadoras pueden optar bien por huir físicamente, bien a través de una huida psicológica (aumentando la disociación y represión de estas experiencias traumáticas en su memoria). De este modo, la violencia puede llegar a ejercer un reforzamiento de los propios modelos mentales (y alimentarlos más), o bien promover el despliegue de estrategias mentales poco saludables que alejan a la víctima de una percepción realista de lo que está sucediendo a su alrededor (impidiendo ser consciente del riesgo y peligro que se corre). Todo esto les dificulta desarrollar acciones promotoras de su salud y seguridad, siendo más difícil que salgan del círculo de la violencia.

Esta estimación de mayor o menor disonancia estaría en consonancia con la idea de que las experiencias íntimas de una relación de pareja confirman las expectativas que uno tiene de las relaciones, por lo que es probable que el modelo interno del que parten se refuerce. Pero si por el contrario, la relación supone un conflicto entre la dinámica actual y las expectativas sobre las relaciones, aumentará la posibilidad de que se reinterprete la situación y el modelo en función de esta nueva experiencia.

Estos planteamientos podrían explicar por qué en los estudios de violencia de género en la pareja encontramos principalmente el tipo de apego ambivalente en la víctima (Loubat, Ponce y Salas, 2007), ya que además de la influencia directa que la violencia ejerce sobre ella, su tendencia a vincularse hace que sea más difícil que sitúe el peligro en el agresor, y que desarrolle estrategias de autoprotección. Mensajes tan comunes en las relaciones violentas

como “*me amenaza con matarme si me marcho porque me quiere y me necesita*” son más consonantes con el modo de ver el mundo del estilo ansioso-ambivalente, encajando fácilmente con la ideología violenta que se va instaurando en una relación traumática. Además, como lo que más temen las personas con apego ambivalente es la separación con la figura de apego, sus propias inercias harán muy difícil poder abandonar a un agresor. Por consiguiente, la víctima ambivalente, como señalan Lafuente y Cantero (2010), aprenderá pronto a soportar el dolor de la relación con tal de mantener su apego, y es muy probable que desarrolle estrategias defensivas que le permitan conservar el apego hacia su abusador (ej.: idealizando al agresor, devaluándose a sí misma, apartando de la mente los sentimientos de vergüenza originados por el abuso, culpabilizando a terceras personas, etc.), que van encaminadas a preservar el concepto de sí mismo, el concepto de la figura de apego y el vínculo de apego con ella. Loubat y cols. (2007) explican la mayor presencia del apego ambivalente por la forma en que este fenómeno es afrontado por las víctimas cuando la amenaza relacional activa los sistemas de apego: en el caso de las víctimas de VG ambivalentes, la amenaza de pérdida o separación es más intensa, y presentan menor capacidad de tolerancia al dolor, con mayor dependencia de la pareja y experimentación de altos niveles de ansiedad, frente a las que muestran las mujeres con apego seguro. Todo ello derivaría, pues, en estrategias de autocuidado menos adaptativas.

Por lo tanto, a partir de lo expuesto, se entiende que la teoría del apego puede ser de gran utilidad a la hora de explicar la mantención del círculo del maltrato, las dificultades que presentan las mujeres inseguras en salir de esta relación nociva, y cómo sus patrones de apego (especialmente el ambivalente), facilitan la exposición a más situaciones traumáticas que facilitan el desarrollo de mayor vulnerabilidad a la psicopatología.

2.1.4.5. *Apego y psicopatología.*

“Desde sus comienzos, la teoría del apego ha sido una teoría de la psicopatología tanto como una teoría del desarrollo normal. (...). Bowlby no afirma que la inseguridad de apego siempre y necesariamente cause patología a lo largo del ciclo vital; lo que postula es que la inseguridad del apego crea la vulnerabilidad para que esto ocurra”. (Marrone, 2009, pp. 382-383)

Con esta introducción se pretende aportar la idea de que, aunque los estilos de apego inseguros no son patológicos en sí mismos, la inseguridad que radica en ellos cuando el sujeto atraviesa situaciones estresantes sí que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de patologías, como puede ser la depresión, trastornos alimenticios, abuso de sustancias, trastornos limítrofes, personalidad antisocial o TEPT (Lafuente y Cantero, 2010). Existe evidencia directa e indirecta que apoya la asociación entre la inseguridad en el apego y el desarrollo de trastornos (Maunder y Hunter, 2001). Ya Bowlby (1993a) sugiere que gran parte de la psicopatología puede considerarse como el resultado del desfase o de la inexactitud de los modelos internos de una persona, debido a que no estén suficientemente revisados o porque puedan estar llenos de confusiones o inconsistencias. Parece entonces que la seguridad en el apego es un buen predictor de niveles bajos de psicopatología, actuando como un recurso interno que promueve la adaptación (Bowlby, 1988; Mikulincer y Florian, 1998; citados en Moreno, 2010). En conclusión, se ha entendido que los modelos de apego pueden ser considerados como “mecanismos de defensa organizados” en respuesta a las interacciones con los otros significativos.

Estos postulados encajan con lo que la investigación científica ha observado: la existencia de una relación entre los estilos inseguros del apego y el desarrollo de ciertas psicopatologías, incrementándose en la actualidad el estudio del apego adulto en relación con el campo de la somatización, que entiende que el apego tiene influencia en muchos aspectos bio-psico-sociales como el funcionamiento social, afrontamiento, respuesta al estrés, bienestar psicológico, conductas saludables y morbilidad (Ravitz y cols., 2010). El origen de esta vulnerabilidad probablemente venga en las experiencias tempranas negativas entre el infante y

su figura de apego principal, que provocan un impacto perjudicial en el desarrollo cerebral del niño/a, y pone en peligro el funcionamiento adaptativo, alterando la regulación emocional, y en consecuencia, allanando el camino para el desarrollo de una posible patología.

West, Livensley, Reiffer y Sheldon (1986, visto en Fenney y Noller, 2001) proponen que el apego podría influir en el inicio de una enfermedad psiquiátrica de tres modos: a) dando lugar a una vulnerabilidad no específica al estrés que predispusiera al inicio de los síntomas; b) influyendo en la predisposición del individuo a establecer y hacer uso de las redes sociales; y c) influyendo en las aproximaciones y las respuestas a los acontecimientos vitales.

López (1994, citado en Lucariello, 2012) encontró correlación entre el apego seguro con la empatía cognitiva y emocional, mientras que el apego inseguro se asocia con la ansiedad o el malestar personal. Si interpretamos estos resultados desde el enfoque que proporciona los modelos operativos internos, podemos entender que la visión positiva y global de sí mismo, propia de los apegos seguros, pone en marcha recursos cognitivos y afectivos que activan conductas orientadas a atender las necesidades de los otros; y que el modelo positivo de los otros motivaría, por su parte, a la reciprocidad, reforzando la cadena de reacciones empáticas. Además, el apego seguro confiere la ventaja de una mayor capacidad de aprendizaje de las nuevas experiencias a la hora de enfrentarse a las relaciones personales y a las experiencias vitales en general (Melero Caverro, 2008). Por el contrario, las personas con un modelo de representación ansioso-preocupado (ambivalente) reducirían las conductas de empatía y aumentarían las conductas de ansiedad personal, mientras que las personas evitativas optan por inhibir las respuestas de empatía.

Los datos señalan relaciones entre la inseguridad en el apego y la vulnerabilidad a desarrollar una serie de síndromes psiquiátricos, como son: TEPT, dolor somático crónico, trastornos alimentarios, depresión, farmacodependencia, trastornos adaptativos, y trastornos de ansiedad (Allen, 2001, citado en Marrone, 2009; Lafuente y Cantero, 2010; Besser y Priel, 2005; Solomon, Dekel y Mikulincer, 2008; Scott y Babcock, 2010).

Si observamos dentro de los subtipos de apego inseguro, se ha encontrado asociación entre los estilos ambivalentes o preocupados y una mayor probabilidad de derivar hacia las siguientes patologías: agorafobia, depresión, ideación suicida, síntomas de conversión y trastornos alimenticios, impulsividad, hostilidad, sentimientos de persecución, inferioridad y

aislamiento, desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia. Del mismo modo, se asocia el estilo evitativo con mayor probabilidad de aparición de depresión, duelo patológico, síntomas psicósomáticos, alcoholismo, suicidio y esquizofrenia (Lafuente y Cantero, 2010; Pianta, Egeland y Adam, 1996).

Existen correlaciones positivas entre los estilos de apego evitativo y ansioso tanto con el trauma como con sintomatología de TEPT (Busuito, Huth-Bocks y Puro, 2014; Elwood y Williams, 2007). Partiendo de esta idea, Scott y Babcock (2010) entienden que los patrones de apego funcionan como un moderador de la relación entre el abuso y el trauma, ya que observan que no todas las personas que vivencian una relación violenta desarrollan sintomatología de TEPT; estos autores encuentran (a través del cuestionario AAS de Collins y Read) que tanto las dimensiones Ansiedad como Dependencia modulan la aparición de sintomatología postraumática en las víctimas, mientras que el factor de Cercanía no muestra correlación. Según este estudio, las diferencias en el apego pueden ayudar a explicar por qué ciertas víctimas de VG son más susceptibles a desarrollar TEPT. Por su parte, Declerck y Willemsen (2006) también encontraron que el apego actúa como un moderador de la sintomatología traumática, en el sentido que tanto el apego preocupado y el temeroso están asociados con mayor sintomatología del TEPT, mientras que el apego seguro correlacionaba de forma negativa. Estos autores también encontraron asociación entre la dimensión ansiedad y las puntuaciones en TEPT (no apareciendo relación entre la dimensión evitación y TEPT).

Otra área en estudiada en el apego son las conductas relacionadas con la salud. Por ejemplo, las personas ambivalentes parecen mostrar una tendencia general a percibir los acontecimientos de manera negativa, y a ser más conscientes del estrés, motivo por el que podrían informar de mayor número de quejas sintomáticas. Por su parte, los sujetos evitativos muestran una tendencia general a evitar buscar apoyo y consejo (Feeney y Ryan, 1994).

Respecto a la relación entre autoestima y apego, las primeras investigaciones en este campo (Collins y Read, 1990) encontraron una clara relación positiva entre autoestima y la comodidad con la cercanía, así como una correlación negativa con la ansiedad por las relaciones. Por su parte, Fenney y Noller (1990) descubrieron que los sujetos seguros manifestaban una mayor autoestima personal y social que los sujetos evitativos y ansioso-ambivalentes. Estos resultados sugieren que el estilo de apego podría estar relacionado con la dimensión neuroticismo o afectividad negativa (Shaver y Hazan, 1993; Shaver y Brennan,

1992; citados en Feeney y Noller, 2001; Feeney, Noller y Hanrahan, 1994). En términos generales, Feeney y Noller (2001) recogen que existe una clara relación entre el apego seguro, la alta autoestima y los niveles bajos de afectividad negativa.

La depresión se ha vinculado a la inseguridad característica de la persona ambivalente y del evitativo (Lafuente y Cantero, 2010). Strahan (1995; citado en Feeney y Noller, 2001) encuentra vínculos directos entre los apegos tempranos y la posterior depresión, en el sentido que la depresión estaba directamente relacionada con descripciones en las que aparecía la sobreprotección del sujeto en su infancia por parte del padre del sexo opuesto. Mickleson, Kessler y Shaver (1997) obtienen en su estudio de comorbilidad en EEUU una correlación positiva entre el apego inseguro y la depresión mayor. Otros autores han encontrado esta relación especialmente significativa con el subtipo temeroso (Cyranowski y cols., 2002).

Respecto al riesgo de conducta suicida, Adam (1994; citado en Feeney y Noller, 2001) sostiene que las expectativas negativas de apego de los primeros años de vida predisponen a tal conducta.

Lucas y Rada (2006) recogen cómo el apego inseguro se ha revelado como un factor de riesgo de diversos problemas para la salud mental, centrándose en el consumo de drogas. Respecto a esta área, estos autores encuentran relación entre el apego inseguro (especialmente el evitativo) y los trastornos por consumo de drogas.

Liotti (1999, citado en Yárnoz, 2008) encuentra que el apego desorganizado es un grupo con elevado riesgo de desarrollar trastornos de personalidad (principalmente borderline) y padecer experiencias disociativas.

Finalmente se comenta un estudio que relaciona el tipo de apego con la sintomatología presente en una muestra de adolescentes que han sufrido maltrato intrafamiliar (Camps, y cols., 2014), donde se obtuvieron los siguientes e interesantes resultados:

- Correlaciones positivas entre el apego preocupado con la sintomatología ansiosa, fóbica y paranoide, así como en la escala global de sintomatología.
- Correlaciones positivas entre el apego temeroso y somatización, depresión, ansiedad e ideación paranoide, así como en la escala global de sintomatología.

- Correlaciones positivas entre la dimensión ansiedad (visión negativa del self, apegos preocupados y temerosos) y sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, fobia y paranoia, así como en la escala global de sintomatología.

Para finalizar este capítulo, se adjunta en la *Tabla 2.6.* un resumen donde aparecen los principales datos aportados por los autores reflejados en el estudio del apego adulto, que resultan de especial relevancia para esta investigación.

TABLA 2.6. RESUMEN DEL APEGO ADULTO

TEMA	ESTUDIO	EVIDENCIA EMPÍRICA
PREVA- LENCIA ESTILOS	Hazan y Shaver (1994; citados en Baldwin y Fehr, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> – Distribución de apego adulto: 55% seguro, 25% evitativo y 20% ambivalente (similar a la infancia).
ESTILO SEGURO	Lafuente y Cantero (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Presentan un modelo positivo de sí mismo y de los demás. Piensan que su pareja les proporcionará el apoyo que necesitan, sin temor al abandono. Predominan los sentimientos de bienestar emocional, baja ansiedad, seguridad y confianza, alegría e interés. Su personalidad se caracteriza por ser autónomo, con buena autoestima, sociable, comunicativo, extravertido, amigable, expresivo, nada evitativo, poco neurótico y adaptable.
	Simpson (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Niveles altos de autoconfianza, compromiso, satisfacción e interdependencia en noviazgo.
	Hazan y Shaver (1987)	<ul style="list-style-type: none"> – Relaciones familiares más cálidas, afectuosas y felices. – Relación de pareja: cómodos con la intimidad, confían en los demás y en poder depender de ellos.
	Shaver y Mikulincer (2002)	<ul style="list-style-type: none"> – Nivel intermedio de activación. Se sienten tenidos en cuenta, apreciados y evaluados positivamente, competentes y con control sobre el medio. Tienen bien reconocimiento y expresión de emociones, con rápido acceso a sus memorias traumáticas, siendo capaces de reexperimentar el afecto negativo
	Shaver y Mikulincer (2008; citados en Lafuente y Cantero, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Favorece la búsqueda de apoyo de forma constructiva y eficaz ante las amenazas, reconocen y expresan su malestar, buscan apoyo y saben resolver sus problemas. Las situaciones estresantes son manejables, y son optimistas en la idea de superarlas.
	Bartholomew y Horowitz (1991)	<ul style="list-style-type: none"> – Visión positiva de uno mismo y de los demás. – Relación de pareja: cómodo con la intimidad y autonomía.
ESTILO RESISTEN- TE – EVITATIVO	Lafuente y Cantero (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Se ha sentido apreciado cuando estaba emocionalmente bien y satisfacía las expectativas de su figura de apego, siendo el apego condicional, por lo que su autoestima se basa en acciones defensivas. Se centra en logros entorno a la autoeficacia, evitando o negando la necesidad de apoyo o atención. Describen a sus madres como frías y rechazadoras, y a veces idealizan al padre. No confían en la pareja, espera que en algún momento les falle, mostrándose autosuficientes frente a ellos y restando el valor de las relaciones, huyendo de la intimidad y el contacto físico. Se caracterizan por la inseguridad, hostilidad, y el rechazo, son poco sensibles, con autoestima moderada o alta, autosuficientes, y fríos socialmente. – Tendencia a disminuir su sentido de vulnerabilidad y la expresión de necesidades.

	Simpson (2010)	– Poca confianza y satisfacción en el noviazgo y niveles bajos de interdependencia.
	Shaver y Mikulincer (2002)	– Maximizan la distancia con su figura de apego, evitan la interdependencia, se esfuerzan para mantener el control y suprimir los pensamientos estresantes y memorias dolorosas.
	Mikulincer y Shaver (2008; citados en Lafuente y Cantero, 2010)	– Ante amenazas se inhibe defensivamente en la búsqueda de apoyo, desarrollando estrategias de desactivación en su regulación afectiva, negando malestar, suprimiendo recuerdos dolorosos o incapaces de reconocer emociones negativas. Probablemente han recibido pautas de crianza como el castigo y la retirada de amor.
	Cassidy y Kobak (1988)	– Desactivación defensiva del apego como estrategia de regulación emocional
	Collins y Read (1994, citados en Lucariello, 2012)	– Motivados para mantener su independencia, rechazando la intimidad. – Evitan toda información que active su sistema de apego.
	Bartholomew y Horowitz (1991)	– Visión positiva de uno mismo y negativa de los demás. – Relación de pareja: autosuficiencia defensiva y baja percepción de malestar. Negación del apego.
	Brennan y Shaver (1995)	– Negación de sus propias necesidades afectivas, utilizan el trabajo como distracción, evitando la atención en lo afectivo.
	Marrone (2009)	– Esconden o proyectan su vulnerabilidad.
	Hazan y Sahver (1987)	– Relación de pareja: incómodos con la intimidad, no les gusta depender de los demás.
ESTILO PREOCUPADO	Lafuente y Cantero (2010)	– Tienen un modelo negativo de sí mismo y desconfía de los demás, optando por permanecer muy próximo a ellos. Visión ambivalente de la madre (positiva y divertida pero a la vez inconsistente) e injusta del padre. No confían en su pareja, y presentan ansiedad por que les abandonen, desplegando repertorio de celos, vigilancia, y enfados constantes. Los sentimientos más destacados son: ansiedad, inseguridad, insatisfacción, tristeza, temor, disgusto, culpa, desprecio y cólera. Sus rasgos de personalidad son: poco sensibles las necesidades de los demás, baja autoestima, celos, dependencia, elevada ansiedad de separación, poco evitativos, algo neuróticos, abiertamente expresivos y comunicativos, con altibajos emocionales, cohibidos y cautelosos, complacientes, inmaduros e histriónicos.
	Simpson (2010)	– Poca confianza y satisfacción en el noviazgo
	Shaver y Mikulincer (2008, citados en Lafuente y Cantero, 2010)	– Están hiperalertas para detectar amenazas y exagerar las consecuencias de las mismas, intensificando las reacciones emocionales. Fácil acceso a los recuerdos dolorosos, que les provoca malestar y asociado a perspectivas negativas sobre uno mismo. El resultado es una desorganización en la búsqueda de apoyo, no solicitan ayuda de forma directa.

	Mikulincer y Shaver (2007)	– Apego preocupado: presenta un modelo ambivalente (y no positivo) de los demás: los desean pero a la vez desconfían de ellos.
	Pistole (1989; citado en Lucariello, 2012); Brennan y Shaver (1995); Feeney y Noller (1990); Hendrick cols. (1989); Hazan y Shaver (1987)	– Se caracterizan por una preocupación obsesiva por ser abandonados, un deseo extremo de unión y reciprocidad, presencia de desconfianza y celos, así como mayor vulnerabilidad a la soledad.
	Cassidy y Kobak (1988)	– Hiperactivación en la expresión de sus necesidades (fruto de las dudas sobre su capacidad y autoeficacia). Ante una amenaza, despliegan muchas estrategias de hiperactivación afectivas si perciben que la figura de apego no está disponible.
	Marrone (2009)	– Tienden a ampliar su vulnerabilidad. Establecen rápidamente relaciones, donde se comportan de forma adhesiva con explosiones de rabia. Alta dependencia a la opinión de los demás sobre su propio valor personal y aceptación.
	Collins y Read (1994, citados en Lucariello, 2012)	– Apego preocupado: su objetivo es buscar la aprobación y evitar el rechazo de los demás.
	Bartholomew y Horowitz (1991)	– Visión negativa de uno mismo y positiva de los demás. – Relación de pareja: altos niveles de malestar por la anticipación del rechazo del otro. Miedo al apego.
	Hazan y Sahver (1987)	– Relación de pareja: niveles extremos de intimidad y temor a ser abandonados.
ESTILO TEMEROSO	Lafuente y Cantero (2010)	– Elevada necesidad de aprobación (visión negativa de sí mismo) pero también incomodidad con la intimidad, despreciando las relaciones afectivas (visión negativa de los demás). Sus emociones son la ansiedad, vergüenza, temor al rechazo, miedo a la intimidad, algo de culpa, tristeza. Tiene baja autoestima, celos, dependencia y sumisión, inseguridad, poca sociabilidad, evitación, introversión, poca comunicación y a veces hostilidad.
	Mikulincer y Shaver (2007)	– Ante amenaza, pueden usar tanto estrategias de desactivación como de hiperactivación, sin coherencia en sus reacciones.
	Bartholomew y Horowitz (1991)	– Visión negativa de uno mismo y de los demás.

	Melero Cavero (2008)	<ul style="list-style-type: none"> – Comparte características con el evitativo (pero desea la aprobación de los demás) y con el preocupado (pero su temor al rechazo hace que evite la intimidad). – Considera en una misma dimensión al estilo evitativo temeroso y al desorganizado, siendo el segundo el que más vivencias traumáticas ha experimentado.
	Feeney y Noller (2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Posible correspondencia entre estilo temeroso (adulto) y desorganizado (infantil)
DIMEN- SIONES DEL APEGO	Collins y Read (1990)	<ul style="list-style-type: none"> – Cercanía y Dependencia moderadamente correlacionadas. Ansiedad ligeramente relacionada de forma negativa con Dependencia o no relación con Cercanía. – Estilo ansioso: puntuaciones moderadas en dependencia y cercanía, y altas en ansiedad – Estilo evitativo: puntuaciones bajas en cercanía, dependencia y ansiedad.
	Collins (2008)	<ul style="list-style-type: none"> – Dos dimensiones del AAS: Ansiedad y Evitación (inversión de Dependencia + Cercanía)
	Brennan, Clark y Shaver (1998; citados en Shaver y Mikulincer, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> – Dimensión Ansiedad = modelo de sí mismo. Autoimagen negativa, necesidad de aprobación excesiva, miedo al rechazo y al abandono, rechazo a la soledad.
	Brennan y cols. (1998, citados en Ravitz, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Factor Cercanía y Dependencia del AAS correlacionan con la dimensión evitación. – Factor Ansiedad del AAS correlaciona con otras escalas de ansiedad.
	Alonso-Arbiol (2008)	<ul style="list-style-type: none"> – Dimensión Evitación: grado de incomodidad intimando o dependiendo con otros.
	Mikulincer et al (2003)	<ul style="list-style-type: none"> – Apego resistente-evitativo: Apego temeroso: elevada ansiedad y evitación. Falta de seguridad en apego, baja autoconfianza, distancia con los demás. – Dimensión Evitación: asociado a evitación social, necesidad de distancia con los demás y autonomía.
	Declereq y Willemsen (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – En estudio con trauma, solo la dimensión Ansiedad se asocia a TEPT
	Scott y Babcock (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – En estudio con VGP, solo Ansiedad y Dependencia (pero no Cercanía) se relacionan con sintomatología TEPT.
	Busuito y cols. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> – En víctimas de ASI, alta Ansiedad y Evitación están relacionadas con sintomatología TEPT.
	Rotter (2011)	<ul style="list-style-type: none"> – La dimensión Ansiedad y Evitación predicen sintomatología DESNOS.

- Seguro - Resistente - Preocup. - Temeroso	Collins y Read (1990)	– Puntuaciones altas en Cercanía y Dependencia, y bajas en Ansiedad.
	Mikulincer y cols. (2003)	– Apego seguro: baja Ansiedad y Evitación: comodidad con la intimidad e interdependencia y confianza en el apoyo de los demás.
	Mikulincer y cols. (2003)	– Alta Evitación (necesidad de independencia psicológica y emocional) y baja Ansiedad.
	Bartholomew y Horowitz (1991)	– Demasiado dependiente.
	Mikulincer y cols. (2003)	– Elevada Ansiedad y baja Evitación. Falta de seguridad en el apego, fuerte necesidad de intimidad, miedo a ser rechazado y preocupación por las relaciones.
	Bartholomew y Horowitz (1991)	– Dimensión evitación: Visión de que los demás no están disponibles ni apoyan.
ESTRÉS Y VIOLENCIA - Seguro	Grossmann y Grossmann (1990; citados en Moreno, 2010)	– Mayor tolerancia al estrés ante emociones conflictivas.
	– Mikulincer y cols. (1993); Simpson y cols. (1992)	– Tienen más probabilidad de buscar apoyo en los demás. – Integran las consideraciones cognitivas y emocionales ante una situación estresante.
	Fenney (1995b; citado en Fenney y Noller, 2001)	– Asociado a menor ansiedad en la respuesta de separación de la pareja, y presenta mayor número de estrategias constructivas de afrontamiento (centradas en el problema). – Facilitan la manifestación de respuestas saludables ante el estrés, además de reconocer con mayor probabilidad el dolor y contar con más apoyo de los demás.
	Twaite y Rodriguez-Srednicku (2004; citados en Potter, 2011)	– Víctimas de ASI presentan menos apego seguro que las que no presentan ASI.

- Inseguro	Roche y cols., (1999; citados en Potter, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> – Las mujeres que no han sido abusadas tienen más apego seguro y menos temeroso que las que sí sufrieron abusos.
	Pistone (1989; citado en Fenney y Noller, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Tienen más probabilidad de utilizar estrategias más favorables para afrontar los conflictos sentimentales, ya que logran integrar tanto sus propios intereses como la mejora de la relación a través de acciones centradas en la resolución de problemas.
	Grossmann y Grossmann (1990; citados en Moreno, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Parcializan y distorsionan la realidad, dificultando el manejo de emociones conflictivas.
	Babcock y cols. (2008), Dutton y Painter (1993)	<ul style="list-style-type: none"> – Asociado a presencia de VGP
	Shurman y Rodríguez (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Más dificultad para abandonar la relación en el apego inseguro.
- Preocup.	Simpson y Rholes (2012)	<ul style="list-style-type: none"> – Son intensamente conscientes de su malestar cuando se enfrentan a situaciones estresantes, por lo que desean inmediatamente el apoyo incondicional de sus figuras de apego.
	Mikulincer (1998), Mikulincer y Shave, 2003; citados en Simpson y Rholes, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> – Motivados a reducir su malestar haciendo lo que sea necesario para disminuir su sensación de inseguridad con sus parejas. – Utilizan estrategias centradas en la emoción o hiperactivación. – Atienden más a factores emocionales que cognitivos ante situaciones estresantes. – Se centran en estrategias de tranquilización de los conflictos de pareja, priorizando la importancia de la relación frente a sus propios intereses.
	Bartholomew y Allison (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Más dificultad para romper una relación en las mujeres con apego ansioso-ambivalente.
	Fenney y Noller (2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibles a cualquier sugerencia, crítica o rechazo – Están motivados para buscar la aprobación y evitar el abandono.
	Loubat y cols. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> – En VGP el apego más prevalente es el Ambivalente. – Las víctimas de VG ambivalentes tienen una amenaza de pérdida más intensa, menor capacidad para tolerar el dolor de la separación, mayor dependencia de la pareja, niveles altos de ansiedad, en comparación con las que tienen apego

- Evitativos		seguro.
	Lafuente y Cantero (2010)	– La persona ambivalente aprenderá a soportar el dolor de la relación con tal de mantener su apego (idealizando al abusador, devaluándose a sí misma...).
	Roche y cols., (1999; citados en Potter, 2011)	– Las mujeres que no han sido abusadas tienen más apego seguro y menos temeroso que las que sí sufrieron abusos.
	Mikulincer y cols (1993); Mikulincer (1998); Mikulincer y Shaver (2003; citados en Simpson y Rholes, 2012), Simpson y Rholes (2012)	<ul style="list-style-type: none"> – En ocasiones no son conscientes de su malestar, y no buscan apoyo en los demás, permitiéndoles restablecer su sentido de independencia, autonomía y control. – Utilizarán estrategias de desactivación/evitativas de afrontamiento. – Experiencias similares a los ambivalentes (sus figuras de apego no cubrieron todas sus necesidades de seguridad y proximidad) pero reaccionan con defensas diferentes, evitando las situaciones con potencial para activar el sistema de apego. – Los resistentes tienen defensas más robustas que los temerosos (porque tienen un modelo positivo de sí mismos). – Atienden más a los factores cognitivos que a los emocionales en situaciones estresantes. – Utilizan estrategias evitativas y de distanciamiento, priorizando sus propios intereses que los de la relación.
	Fenney y Noller (2001)	– Les resulta especialmente estresante las señales de intrusión y control por parte de los otros, sospechan que los demás no son dignos de su confianza.
	Walker (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Ante una ruptura de la relación, tanto el apego temeroso como el resistente rechazan volver a vincularse en pareja. - Esta situación es más traumática para el temeroso, porque necesita de los demás para sustentar su autoestima.
PSICOPATOLOGÍA - Seguro	Bowlby (1988), Mikulincer y Florian (1998); citados en Moreno (2010)	– La seguridad en el apego es un buen predictor de bajos niveles de psicopatología, promoviendo la adaptación.
	López (1994; citado en Lucariello, 2012)	– Relación entre el apego seguro con la empatía cognitiva y emocional.
	Declereq y Willemssen (2006)	– Correlación negativa entre apego seguro y sintomatología TEPT.
	Fenney y Noller (1990, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Los sujetos seguros manifiestan una mayor autoestima personal y social que los sujetos evitativos y ansioso-ambivalentes. - Clara relación entre apego seguro, alta autoestima y bajos niveles de afectividad negativa.

- Inseguro	Lafuente y Cantero (2010)	- La inseguridad del apego constituye un factor de riesgo para el desarrollo de patologías (depresión, trastornos alimenticios, abuso de sustancias, trastornos limítrofes, personalidad antisocial o TEPT).
	Maunder y Hunter (2001)	- Existe evidencia directa e indirecta que apoya la asociación entre inseguridad en el apego y desarrollo de trastornos.
	Ravitz y cols. (2010)	- Relación entre estilos inseguros y el desarrollo de ciertas patologías, como son las del campo de la somatización, donde se entiende que el apego tiene influencia en el funcionamiento social, afrontamiento, respuesta al estrés, bienestar psicológico, conductas saludables y bienestar.
	López (1994; citado en Lucariello, 2012)	- Relación entre el apego inseguro con la ansiedad y el malestar personal.
	Allen (2001, citado en Marrone, 2009); Lafuente y Cantero (2010); Besser y Priel (2005); Solomon y cols. (2008); Scott y Babcock (2010)	- Relaciones entre la inseguridad en el apego y la vulnerabilidad a desarrollar una serie de síndromes psiquiátricos, como son: TEPT, dolor somático crónico, trastornos alimentarios, depresión, farmacodependencia, trastornos adaptativos, y trastornos de ansiedad.
	Mickelson y cols. (1997)	- Correlación positiva entre apego inseguro y depresión mayor.
	Adam (1994; citado en Fenney y Noller, 2001)	- Las expectativas negativas de apego de los primeros años de vida predisponen a la conducta suicida.
	Lucas y Rada (2006)	- El apego inseguro (especialmente el evitativo) es un factor de riesgo para el consumo de drogas.
	Lafuente y Cantero (2010); Pianta y cols. (1996)	- Asociado a mayor probabilidad de agorafobia, depresión, ideación suicida, síntomas de conversión y trastornos alimenticios, impulsividad, hostilidad, sentimientos de persecución, inferioridad y aislamiento, desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia. - Vinculado a depresión
	Busuito y cols. (2014); Elwood y Williams (2007); Declereq y Willemnsen (2006)	- Asociado a sintomatología TEPT
- Preocupado	Fenney y Ryan (1994)	- Mayor tendencia a percibir los acontecimientos de manera negativa y mayor conciencia del estrés. Informan de mayor número de quejas sintomáticas.
	Liotti (1999; citado en Yárnoz,	- Correlación positiva con sintomatología ansiosa, fóbica y paranoide, así como psicopatología general.

DIMEN- SIONES	- Evitativo	2008)	
		Lafuente y Cantero (2010); Pianta y cols. (1996)	<ul style="list-style-type: none"> - Asociado a con mayor probabilidad de aparición de depresión, duelo patológico, síntomas psicósomáticos, alcoholismo, suicidio y esquizofrenia. - Vinculado a depresión
		Busuito y cols. (2014); Elwood y Williams (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Asociado a sintomatología TEPT.
		Fenney y Ryan (1994)	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia general a evitar buscar apoyo y consejo.
	- Temeroso	Declereq y Willemnsen (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - El apego temeroso está asociado con mayor sintomatología TEPT.
		Cyranowski y cols. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Relación especialmente significativa entre depresión y el estilo temeroso.
		Liotti (1999; citado en Yárnoz, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Correlación positiva con somatización, depresión, ansiedad e ideación paranoide, así como psicopatología general.
		Scott y Babcock (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Los patrones de apego funcionan como un moderador entre el abuso y el trauma. - Las dimensiones Ansiedad y Dependencia (AAS) modulan la aparición de sintomatología postraumática en las víctimas - La dimensión Cercanía no muestra correlación.
		Declereq y Willemnsen (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación entre la dimensión Ansiedad y las puntuaciones en TEPT (no relación con Evitación).
		Collins y Read (1990)	<ul style="list-style-type: none"> - Relación positiva entre autoestima y Cercanía, y negativa con Ansiedad.
		Liotti (1999; citado en Yárnoz, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Correlaciones positivas entre Ansiedad y sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, fobia y paranoia, así como psicopatología general.

2.2. RESILIENCIA:

2.2.1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE RESILIENCIA:

El estudio de la resiliencia ha generado en las últimas décadas gran atención y numerosas investigaciones, con amplias aplicaciones en el campo de la salud, escolar, familiar y comunitario. Este concepto se enmarca dentro del grupo del campo de la psicología positiva, cuyos esfuerzos se centran en comprender los procesos que subyacen a las fortalezas del ser humano (Vázquez y Hervás, 2008). De este modo, la resiliencia “*nace de la constatación de que algunas personas resisten mejor que otras los avatares de la vida, la adversidad y la enfermedad*” (Barudy y Dantagnan, 2007, p.53). Se trata de un concepto que alude a la resistencia al trauma y sucesos desestabilizadores como las pérdidas y las separaciones, de la que emerge una capacidad para enfrentarse a las dificultades y de adaptarse a los cambios (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003; citados en Barudy y Dantagnan, 2007). De hecho, el término resiliencia procede de la palabra latina “resilio” (*re salio*), que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar, reanimarse (Robles y Medina, 2008).

Cyrulnik (2010) explica cómo la resiliencia es un proceso que permite retomar algún tipo de desarrollo a pesar de la ocurrencia de una situación traumática, en función de los recursos internos y externos con los cuales se cuente en ese momento. Para este autor, resiliencia equivaldría a “*resistencia al sufrimiento*”, aludiendo a la “*capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica así como al impulso de reparación psíquica que nace de esta resistencia*” (p.23). De este modo, la resiliencia abre un abanico de posibilidades, pues enfatiza las fortalezas y aspectos positivos de los seres humanos, dejando de centrarse exclusivamente en las causas que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, y observando aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo sano y positivo.

Esta habilidad de resistencia o protección ante las adversidades de la vida es una

capacidad potencial con la que nacemos los seres humanos, y que emerge de las interacciones sociales posteriores, siendo el resultado, como señalan Barudy y Dantagnan (2007), de nutrientes afectivos, cognitivos, relacionales y éticos que los niños y niñas reciben de su entorno. Por lo tanto, estamos hablando de un proceso que partiendo de lo innato, necesita de otros determinantes afectivos, psicológicos y socioculturales para desarrollarse, por lo que puede ser construido, desarrollado y promovido desde la familia, la escuela y la comunidad. No estaríamos hablando de un atributo con el que los niños y niñas nacen o adquieren en su desarrollo, sino que se trata de un complejo proceso social e intrapsíquico (Fiorentino, 2008), cuya función principal es contribuir a la calidad de vida y a amortiguar el estrés.

Es interesante destacar un término que ha aparecido estrechamente relacionado con la resiliencia, como es el de “personalidad resistente” (Fernández-Lansac y Crespo, 2011), que alude a rasgos que permiten la protección ante estresores, como pueden ser la sensación de control sobre los acontecimientos, gran sentido del compromiso, orientaciones más abiertas a los cambios vitales, y tendencia a interpretar las experiencias dolorosas como una parte más de la existencia (Maddi y Kobasa, 2005, citados en Labra, 2014).

En términos generales, se puede substraer que los autores lo consideran como un estado producto de un proceso dinámico entre factores protectores y factores de riesgo. Se entiende como factores protectores aquellos que funcionan como amortiguadores del estrés. Según Rutter (1985; citado en Kotliarenko y cols., 1997) son variables que aluden a las “*influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo*”. Pueden ser aspectos internos del individuo: de carácter biológico (como una buena maduración del sistema nervioso central, el sexo, temperamento fácil, etc.), y también psicológico (del tipo habilidades comunicativas/cognitivas/afectivas sentido del humor, autoestima elevada, creatividad, autonomía, tolerancia a la frustración, capacidad de pedir ayuda...). Estos factores protectores también pueden aludir a ciertos aspectos externos procedentes del entorno familiar (como la presencia de apoyo incondicional por parte de al menos una figura significativa y emocionalmente estable -apego seguro-, creencias que promuevan la unidad familiar en momentos difíciles, estructura y reglas claras dentro del hogar, apoyo entre los padres, estrategias de afrontamiento familiares eficaces, prácticas de cuidado y crianza efectivas, expectativas positivas de los padres sobre el futuro de los hijos/as, responsabilidades compartidas en el hogar, apoyo de los padres en las actividades

escolares de los hijos/as, redes familiares y redes de apoyo externas, etc.); y también se ha observado que pueden tener su origen en el ámbito social y comunitario (como pueden ser la presencia de pares y personas mayores en la comunidad que brinden la posibilidad de transiciones positivas en la vida, programas de educación comunitaria, modelos sociales que estimulen un aprendizaje constructivo, responsabilidades sociales y exigencia acordes a la edad cronológica de los sujetos, hasta llegar a las políticas sociales y culturales del país, etc.).

Del otro lado, hay que tener en cuenta la existencia de factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia. Éstos también pueden proceder de factores internos (ej.: problemas de salud crónica), ubicarse en el entorno familiar (ej.: maltrato infantil, padres con bajo o nulo nivel educativo, muerte de algún familiar, privación de afecto y educación), y también proceder del entorno social y comunitario (como son la pobreza crónica, entorno violento, catástrofes, guerras, etc.). Es destacable, además, que según Rutter (1990, citado en Kotliarenko y cols., 1997), para que el concepto de resiliencia tenga sentido, debe referirse a las respuestas que muestran las personas enfrentadas a una cierta dosis de riesgo, no a las de aquellas personas que hayan estado sometidas a una dosis menor de riesgo.

Todos estos factores (protectores y de riesgo) no son factores universales, sino que están ligados a las características de las personas, es decir, al significado que cobra para ellas un determinado estresor en un determinado contexto. Esto quiere decir que, como afirma Rutter (1990; citados en Greco, Morelato e Ison., 2006, p. 89), *“una misma variable puede actuar bajo distintas circunstancias, tanto en calidad de factor de riesgo como de factor de protección”*, ya que estos factores son más bien procesos interactivos que agentes permanentes, y dependen del contexto y su interpretación. Además, cada variable no actuaría de forma aislada, sino ejerciendo un efecto sinérgico donde se establecerían complejas relaciones funcionales, e interaccionando con el medio ambiente, familiar, social y cultural. En función del resultado de dichas interacciones, sería posible en mayor o menor medida hacer frente a las adversidades e incluso salir fortalecido/a de ellas.

Habría que subrayar también que la resiliencia no implica invulnerabilidad sino una relativa inmunidad contra los acontecimientos traumáticos, ya que facilita el desarrollo de aquello que el individuo hace bien y de las características que les han permitido sobreponerse a la adversidad y sobrevivir al estrés y a la violencia. Pero esta resistencia no es absoluta,

como hemos dicho, ya que no es estable en el tiempo y varía de acuerdo a la etapa del desarrollo, la calidad del estímulo y las circunstancias.

Por todo lo anteriormente expresado, se puede concluir que la idea de resiliencia ha logrado dar una perspectiva más actual al desarrollo humano: frente a los determinismos biológicos y medioambientales, esta perspectiva destaca, como señala Uriarte (2005) la complejidad de la interacción humana y el papel activo del individuo en su desarrollo, insistiendo en que los contextos desfavorables no afectan a todas las personas por igual, pues como afirma Rutter (2012), existe una gran heterogeneidad en el modo en que las personas responden a las adversidades del medio, ya que el cambio que caracteriza al ser humano también influye en la evolución de sus conflictos y trastornos.

2.2.2. RESILIENCIA Y TRAUMA:

Muchas mujeres maltratadas rompen con el maltrato y se recuperan. Sin embargo, como resaltan Jaramillo y cols. (2005), no se ha indagado suficientemente sobre los factores que les ayudan a recuperarse ni las relaciones entre ellos. En este sentido, se sabe mucho más sobre la sintomatología postraumática que sobre el papel de la resiliencia (Humphreys, 2003). Parece necesario, entonces, poner el acento no solo en las consecuencias negativas de la violencia, sino también en las enormes fortalezas y recursos que las víctimas de violencia de género despliegan para protegerse y recuperarse de los efectos devastadores de la VGP. A pesar del dolor del trauma, muchas mujeres presentan una capacidad para sobrevivir y perseverar en sus objetivos que también merece ser resaltada y estudiada. Las mujeres pueden ser capaces de recuperarse de las heridas de la VGP, pero existe poca información de cómo lo hacen y si estas estrategias tienen éxito a largo plazo.

Las investigaciones y la literatura reconocen el papel de la resiliencia como factor protector cuando el sujeto es sometido a situaciones de maltrato (Linley y Joshep, 2004; Anderson, Renner y Danis, 2012; Mystakidou y cols., 2007; Charney, 2004; Friborg,

Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen y Flaten, 2006; Simeon, Yehuda, Cunill, Knutelska, Putnam y Smith, 2007; Lam, Contreras, Cuesta, Mori, Cordori y Carrillo, 2008; Mann, McKeown, Bacon, Vesselinov y Bush, 2008), permitiendo un desarrollo sano posterior.

Así, los estudios sobre resiliencia han encontrado factores que ayudan en la protección y recuperación en las víctimas de violencia, tales como: habilidad para aceptarse y pensar bien de sí, capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa, tener locus de control interno, una filosofía positiva de vida y contar con recursos espirituales (Valentine y Feinauer, 1993). Los datos muestran que la resiliencia parece contribuir de manera importante a la reducción de la profundidad del distrés y al número de síntomas reportados (Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarcas-Iglesias y Humphreys, 2005). En este sentido, Zorilla y cols. (2011) entienden, en un estudio en la Comunidad de Madrid, que la resiliencia actúa como un factor protector de la violencia de pareja contra la mujer.

Otro tipo de estudios respecto a la relación entre la violencia de género dentro de la pareja y la resiliencia se han centrado en observar una de las consecuencias más comúnmente detectadas: la sintomatología postraumática. En general, se ha encontrado que, pese a que poseer resiliencia y afectación tras el trauma no son necesariamente constructos opuestos, las puntuaciones más altas en resiliencia están positivamente correlacionadas con niveles más bajos de sintomatología de TEPT (Davidson y cols., 2005; citados en Connor, 2006; Anderson y Bang, 2012). De este modo, se entiende que la resiliencia actúa como un protector contra la disfunción postraumática (Connor, 2006; Zahradnik y cols., 2009; Finchman, Altes, Stein y Seedat, 2009). En esta línea, un estudio interesante de Humphreys, (2003) analiza la resiliencia y su relación con el malestar psicopatológico en mujeres maltratadas refugiadas, utilizando el SCL-90 (Symptom Checklist-90-Revised) y la Escala de Resiliencia de Wanding y Young (1993). Los resultados señalaron altos niveles de malestar en todas las escalas psicopatológicas, pero además una puntuación media en la medida de resiliencia relativamente fuerte, que a su vez correlacionaba de forma negativa con las puntuaciones del SCL-90-R. Estos datos indicaban que las mujeres maltratadas pueden exhibir aspectos resilientes a pesar de los intensos estresores. Resultados en la misma línea obtuvieron Anderson y Banj (2012) en su investigación, pues encontraron altos niveles de resiliencia en mujeres que habían experimentado en su infancia VGP dentro de la relación de sus

progenitores, y que durante su adultez, aquellas que mostraban mayores puntuaciones en resiliencia presentaban menor sintomatología de TEPT.

Otras investigaciones han observado la sintomatología depresivas en mujeres víctimas de violencia de género, encontrando que la resiliencia, así como el apoyo social, actúan como factores protectores del desarrollo de depresión (Lam y cols., 2008).

Se necesita más investigación en esta área, ya que estos resultados interesantes no han sido estudiados o replicados en muchas más ocasiones. Los estudios que miden la violencia comúnmente denominada doméstica, hacen énfasis en las características del agresor o de la víctima, logrando en la mayoría de los casos descripciones de los factores negativos o patológicos (Fajardo, Fernández y Escobar, 2002) sin completarse con la descripción de otros factores positivos que enriquezcan la mirada sobre el problema. Desde esta investigación se señala la necesidad no sólo de analizar las vulnerabilidades de las mujeres víctimas de malos tratos, sino también sus capacidades de resistencia y recuperación, en la línea de abandonar una visión paternalista de las víctimas, para poder utilizar las lentes que permitan entender los procesos subyacentes tras la supervivencia de la violencia. En este sentido, futuros estudios que indaguen sobre la manera de promover la resiliencia, considerado como un conjunto de factores que contribuyen al autocuidado y la adaptación exitosa, pueden aportar luz en la transformación de las intervenciones con mujeres maltratadas. Por lo tanto, es importante conocer los factores que promueven una mejor recuperación de la violencia ejercida dentro de un vínculo afectivo, para poder fomentar su desarrollo y poder contar con su potencial como promotor de una buena salud física y mental.

2.2.3. RESILIENCIA Y APEGO:

Las teorías del apego de Bowlby desempeñan un papel fundamental en la teoría de la resiliencia de Cyrulnik. Según Cyrulnik (citado en Fernández y Fernández, 2008), para

construir la resiliencia, sería necesario, en primer lugar, que el individuo sea capaz de formular una explicación de lo que le ha ocurrido; en segundo lugar, que sea capaz de proyectarse positivamente en el futuro, que piense que lo va a superar y planifique lo que va a hacer cuando se recupere, y, por último, el individuo necesita un tutor de resiliencia, que puede ser una figura de apego, un cuidador, un profesor o cualquiera que, en algún momento, haya ofrecido un apoyo incondicional al sujeto (también puede ser un lugar, una conversación, un libro, una película o cualquier acontecimiento que haya favorecido el renacer psicológico tras el trauma).

El sistema afectivo, teniendo en cuenta las aportaciones de Bowlby, sería efectivo cuando demanda de tres características: proximidad humana (sentir afecto, sentirse aceptado), seguridad (sentirse cómodo, a salvo) y capacidad para demandar (protestar frente a las necesidades no satisfechas cuando te sientes amenazado o solicitar apoyo). Cuando las relaciones de proximidad no son significativas en torno a las demandas físicas y psicológicas, por parte de los cuidadores, el niño, en su adultez, presentará dificultades de vinculación y mostrará menos probabilidades de resolver efectivamente sus interacciones con el entorno y consigo mismo (Howe, 1997; citado en Hernández y Sánchez, 2008).

Desde la perspectiva de la resiliencia, Rutter (1990, citado en Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1997) defiende que la existencia de relaciones afectivas seguras y armónicas en la infancia permite un desarrollo de la autoestima y autoeficacia, lo que convierte al apego seguro en un factor promotor de la resiliencia. Cyrulnik (2010) señala en la misma línea cómo en la base de la resiliencia se sitúa el aprendizaje de un estilo afectivo llamado “apego seguro”, que permite desarrollar un sentimiento de confianza básica. El apego es, para Barudy y Dantagnan (2007), fundamental para el establecimiento de una seguridad de base: a partir de ella el infante llegará a ser una persona capaz de vincularse y aprender en relación con los demás. Esta calidad del apego sano y seguro permitirá además la formación de una conciencia ética y el desarrollo de recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles, como las separaciones que acarrearán pérdidas y rupturas.

Marrone (2009) recoge también la relación entre apego y resiliencia, señalando cómo en la literatura actual se consideran factores de resiliencia las siguientes características: historia de apegos seguros, capacidad reflexiva, buena autoestima, capacidad de tolerancia a la frustración y decepciones, óptima calidad de regulación afectiva, competencia social y por último, buena salud general. Del mismo modo, otros autores señalan cómo la existencia de un

vínculo estable (apego seguro) con al menos uno de los padres u otra persona significativa, fortalece internamente la resiliencia de niños y adolescentes (Löessel, 1992, citado en Kotliarenco y cols., 1997; Fiorentino, 2008). A su vez, Sroufe y cols. (2005, citados en Marrone, 2009) subraya un papel original del apego en el propio desarrollo de alguno de los factores anteriormente citados, es decir, que sería el propio apego seguro el que facilita el desarrollo de capacidades como la autoestima y la competencia social. También se ha señalado que el hecho de que los niños/as cuenten con la seguridad que aporta el vínculo seguro, durante los dos primeros años de vida, ha mostrado ser predictor de una importante cantidad de atributos típicos de infantes resilientes, tanto edad escolar como en etapas posteriores del desarrollo (Kotliarenco y cols., 1997).

Los teóricos del vínculo parecen confirmar a través de estos estudios que el apego es un proceso que actúa como mediatizador en los comportamientos resilientes. Así, a través del contexto de un vínculo seguro con al menos una figura estable y respondedora, se va configurando un modelo interno de trabajo seguro, incluso en aquellos niños que han podido ser maltratados. Este modelo interno positivo estaría formado por sentimientos de ser persona digna, valiosa, merecedora de afectos y atenciones. Como señala Uriarte (2005), un/a niño/a puede creer que la vida tiene sentido positivo y puede superar o sobrellevar una situación difícil cuando siente que es aceptado por alguien significativo para él y, al mismo tiempo, es alguien en quien poder focalizar sus necesidades de afecto de forma estable. La relación que confiere al niño sentimientos de seguridad afectiva, altos niveles de autoestima y autoeficacia, promueve la autonomía, establece metas adecuadas a sus características y posibilidades, facilita las relaciones extrafamiliares y la formación de amistades, y posibilita, en último término, superar las adversidades y evitar los trastornos psicológicos.

En esta misma línea, existen estudios longitudinales que destacan cómo la presencia de una relación cálida, nutritiva y apoyadora, aunque no necesariamente presente en todo momento, con al menos uno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de vivir en un medio adverso (Greenspan, 1997; citado en Kotliarenco y cols., 1997). Anderson y Bang (2012) señalan, en el contexto de niños expuestos a violencia de género en el hogar, cómo un fuerte apego con un cuidador adulto (generalmente la madre), actúa como uno de los posibles factores de protección de las consecuencias traumáticas a la exposición de dicha violencia cuando son adultos.

Por otro lado, se consideran factores de vulnerabilidad o de riesgo internos, las historias de apego inseguro y/o traumático (junto con déficits de la capacidad reflexiva, baja autoestima, etc.). Estos factores de riesgo pueden transformarse en factores de adversidad que actúen como desencadenantes de patología psiquiátrica aguda. Sroufe et al. (1999, citado en Marrone, 2009) detalla que la teoría del apego no defiende que el apego inseguro cause siempre, necesaria y linealmente, psicopatología, sino que crea la vulnerabilidad para que esto ocurra.

En resumen, se puede afirmar que “*la inseguridad del apego en las etapas tempranas del desarrollo crea vulnerabilidad, y la seguridad del apego resiliencia*” (Marrone, 2009, p. 380).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, y en relación con el foco de interés de esta investigación, parece que hay acuerdo en considerar la calidad del apego como un factor importante en el desarrollo de las capacidades resilientes, encontrándose correlación positiva entre ambas variables (Simeon y cols., 2007). De este modo, se entiende la vinculación afectiva como un motor de arranque y base del desarrollo humano, que interviene en la interacción cotidiana influyendo en el modo de afrontar los conflictos de las diferentes crisis del ciclo vital familiar e individual.

Para finalizar este apartado centrado en la resiliencia, se adjunta la *Tabla 2.7.*, a modo de resumen de las aportaciones recogidas que resultan más relevantes para los objetivos de este estudio.

Tabla 2.7.: RESUMEN DE RESILIENCIA

TEMA	ESTUDIO	EVIDENCIA EMPÍRICA
TRAUMA	Linley y Joshep (2004); Anderson y cols. (2012); Mystakidou y cols. (2007); Charney (2004); Friborg y cols. (2006); Simeon y cols. (2007); Lam y cols. (2008); Mann y cols. (2008) Zorrilla y cols. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> – La resiliencia actúa como un factor de protección ante situaciones de maltrato.
	Valentine y Feinauer (1993)	<ul style="list-style-type: none"> – En relación con la resiliencia, son factores protectores para la recuperación de las víctimas: habilidad para aceptarse y pensar bien de sí, capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa, locus de control interno, filosofía de vida positiva y recursos espirituales.
	Jaramillo-Vélez y cols. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> – La resiliencia puede contribuir de manera importante a la reducción de la profundidad del distrés y al número de síntomas reportados. – Las mujeres maltratadas con menor nivel educativo, sin trabajo y bajos ingresos presentan menores niveles de resiliencia
	Zorrilla (2011)	<ul style="list-style-type: none"> – La resiliencia actúa como un factor protector de la violencia de pareja contra la mujer.
	Zahradnik y cols. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – La resiliencia actúa como un moderador entre la exposición a violencia y la reexperimentación postraumática en jóvenes.
PSICOPATOLOGÍA	Davidson y cols. (2005; citados en Connor, 2006); Anderson y Bang(2012)	<ul style="list-style-type: none"> – Puntuaciones más altas en resiliencia está positivamente relacionadas con niveles bajos de sintomatología TEPT
	Connor (2006); Zahradnik y cols. (2009); Finchman y cols. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> – La resiliencia actúa como un factor protector para la disfunción traumática.
	Humphreys (2003)	<ul style="list-style-type: none"> – En un estudio con mujeres maltratadas refugiadas, obtiene que las mujeres obtienen puntuaciones medias elevadas en resiliencia. – Y que la resiliencia correlaciona de forma negativa con la sintomatología del SCL-90.
	Anderson y Banj (2012)	<ul style="list-style-type: none"> – Altos niveles de resiliencia correlacionan con bajos niveles de TEPT en mujeres en cuya infancia habían sido testigos de VGP entre sus padres.

	Lam y cols. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> – La resiliencia (y el apoyo social) actúan como factores protectores del desarrollo de depresión en víctimas de VGP.
APEGO	Rutter (1990, citado en Kotliarenco y cols., 1997)	<ul style="list-style-type: none"> – El apego seguro es un promotor de la resiliencia.
	Cyrulnik (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – En la base de la resiliencia se sitúa el apego seguro, que le permite desarrollar un sentimiento de confianza básica.
	Barudy y Dantagnan (2007)	<ul style="list-style-type: none"> – La seguridad de base que proporciona el apego seguro permitirá el desarrollo de recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles.
	Marrone (2009)	<ul style="list-style-type: none"> – Una historia de apegos seguros se considera un factor de resiliencia – La inseguridad en el apego desarrolla vulnerabilidad
	Löessel (1992, citado en Kotliarenco y cols., 1997); Fiorentino (2008)	<ul style="list-style-type: none"> – El apego seguro con al menos uno de los padres o personas significativas fortalece internamente la resiliencia de niños y adolescentes.
	Sroufe et al (2005; citados en Marrone, 2009)	<ul style="list-style-type: none"> – Es el apego seguro el que facilita el desarrollo de capacidades como la autoestima y la competencia social. – Las historias de apegos inseguros se consideran factores de vulnerabilidad o riesgo, y puede desencadenar en psicopatología psiquiátrica aguda.
	Kotliarenco y cols. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> – El apego seguro durante los dos primeros años de vida es un predictor de una importante cantidad de atributos típicos de infantes resilientes.
	Uriarte (2005)	<ul style="list-style-type: none"> – El apego seguro posibilita, en último término, superar las adversidades y evitar los trastornos psicológicos.
	Greenspan (1997; citado en Kotliarenco y cols., 1997)	<ul style="list-style-type: none"> – La presencia de una relación cálida, nutritiva y apoyadora, aunque no necesariamente presente en todo momento, con al menos alguno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de vivir en un medio adverso.
	Anderson y Banj (2012)	<ul style="list-style-type: none"> – Un fuerte apego con un cuidador adulto actúa como factor protector del desarrollo de sintomatología traumática ante exposición de VGP entre sus padres, cuando éstos son adultos.
	Simeon y cols. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> – Existe relación entre la calidad del apego y las capacidades resilientes.

2.3. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:

2.3.1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO:

Actualmente se considera el afrontamiento de la adversidad como un aspecto muy relevante del funcionamiento personal (Fierro, 1993). No es un tema nuevo, ya que este concepto ha tenido gran importancia en el campo de la psicología durante más de sesenta años. Por ejemplo, ya el psicoanálisis hacía referencia a los mecanismos de defensa, que conceptualizaba como modos automáticos de afrontar los acontecimientos. Posteriormente se incrementó el alcance de este concepto, teniendo no solo en cuenta los procesos automáticos, sino también aquellos conscientes, deliberados y voluntarios, lo que propició la aparición en escena de las estrategias de afrontamiento. Actualmente constituye un fenómeno ampliamente estudiado, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación a eventos altamente estresantes.

La gran eclosión del afrontamiento como objeto de estudio se produjo a partir del Modelo de Afrontamiento Transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984), a través del cual plantearon una teoría relacional del estrés como proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones. Estos autores realizan una de las categorizaciones más clásicas dentro del estudio del estrés en psicología: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en las emociones. En la actualidad, si bien Lazarus mantiene los aspectos esenciales de la teoría, por una parte la ha convertido en una teoría de las emociones, incluyendo las valoraciones no estresantes de las situaciones, y por otra parte ha dado un giro epistemológico y metodológico hacia posiciones constructivistas y cualitativas, respectivamente (Lazarus, 2000).

Adentrándonos en qué se entiende por “afrontamiento”, este constructo, según Lazarus y Folkman (1984) se refiere a la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las situaciones específicas externas y/o

internas, que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes para sus recursos. Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales cuyo fin sería lograr una transición y una adaptación efectiva, a través de una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona pone en marcha (González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002). En este sentido, se diferencia lo que se entiende por afrontamiento de lo que es una respuesta adaptativa automática, pues mientras que ésta no desbordaría al sujeto ni requiere de sus esfuerzos personales, el afrontamiento requiere de los esfuerzos del individuo para afrontar la situación. Supone, de este modo, cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera mejor perjudicial (Mathey y cols., 1986; citados en Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

Desde este modelo se defiende que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, en primer lugar sobre si ese hecho puede afectar de algún modo a su bienestar (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de valoración es de amenaza, el sujeto valora los recursos con los que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación, generando estrategias de afrontamiento para resolver el problema (valoración secundaria); para finalizar este proceso, se incluye una última fase de revaloración o reevaluación, que consiste en hacer una nueva evaluación a través del feedback recibido, permitiendo que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas. Siguiendo con los planteamientos de Lazarus y Folkman, Fernández Martínez (2009) señala:

1. El afrontamiento es considerado como un proceso que puede modificarse a través del propio esfuerzo cuando se valora como exitoso o no, si bien las personas suelen emplear modos de afrontamiento relativamente estables para afrontar los problemas (Lazarus, 1993).
2. El afrontamiento es un patrón de respuesta que puede ser aprendido, no es un proceso automático.
3. Requiere esfuerzo dirigido a manejar la situación o adaptarse a ella, no se trata de esfuerzo por los resultados; por lo tanto, no debe confundirse con el dominio de la

situación o con la obtención de logros.

4. El afrontamiento es un proceso multidimensional en cuanto que las personas tienen a utilizar una gran variedad de estrategias.

Se han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los *estilos* de afrontamiento y las *estrategias* de afrontamiento. Según Pelechano (2000), no son conceptos contrapuestos, sino complementarios. Fernández-Abascal (1997) los define como:

Los estilos se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Las estrategias son los procesos concretos que utilizamos en cada contexto y son altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. (p. 190)

De hecho existen marcos teóricos que combinan la perspectiva disposicional que representan los estilos de afrontamiento con la perspectiva contextual que representan las estrategias de afrontamiento (Moos y Holahan, 2003). A continuación, se desarrollan ambos conceptos.

2.3.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:

Los estilos de afrontamiento son actualmente un fenómeno ampliamente estudiado ya que se han identificado como una importante variable mediadora de la adaptación del individuo a eventos altamente estresantes (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007). Endler y Parker (1990, citados en Carmona González y cols., 2009) conciben los estilos de

afrontamiento como patrones de conducta relativamente estables que pueden ser vistos como características de personalidad que interactúan con el ambiente.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron la clasificación más utilizada en los estudios, formada por dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema y en la emoción (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986; Frydenberg y Lewis, 1991; Plancherel y Bolognini, 1995; citados en González Barrón y cols., 2002). Como señala Mayordomo (2013), el primer estilo (afrontamiento centrado en el problema) también se ha denominado en la literatura con otros términos, como pueden ser el afrontamiento racional, afrontamiento aproximativo, afrontamiento activo, y afrontamiento focalizado en la tarea. Por su parte, el afrontamiento centrado en la emoción también se corresponde con lo que otros autores denominan afrontamiento pasivo. De este modo, se han formulado en la literatura diversas taxonomías que en general, establecen dos tipos amplios de estilos de afrontar una situación estresante: activo vs. pasivo, control vs. evitación, centrado en el problema vs. centrado en la emoción, y de acción directa vs. paliativo. Dewe (1989, citado en González Morales, 2006) señala que en general, el primer término de estos binomios (activo, control, centrado en el problema y acción directa) se refiere a “*intentos directos de responder a una situación de amenaza con el objetivo de suprimir la amenaza*”, mientras que el segundo término (pasivo, evitación, centrado en la emoción y paliativo) se dirige a “*reducir el malestar emocional*”. (p.59)

El afrontamiento centrado en el problema tiene como objeto manejar o alterar el problema que está causando malestar, modificando la situación real a través de la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa. Este tipo de afrontamiento depende más de la situación específica, es decir, cuanto más específica sea la situación, mayor es la proliferación de estrategias centradas en el problema. Estos estilos, además, tienen mayor probabilidad de aparecer cuando las condiciones del problema son evaluadas como susceptibles al cambio, dirigiéndose tanto hacia el entorno (ej.: búsqueda de información y apoyo, llevar a cabo acciones destinadas a manejar la situación, etc.) como hacia uno mismo (modificaciones en el nivel de aspiraciones, búsquedas de otras formas de gratificación, etc.).

El afrontamiento centrado en la emoción implicaría métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema. Se trata de modificar la forma en que se atiende a la

relación, o el modo en que es interpretada (a través de acciones como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, descarga emocional, reevaluación de la situación, etc.). Este tipo de estilo de afrontamiento suele surgir especialmente cuando se valora que nada puede hacerse para modificar las condiciones estresantes, amenazantes o lesivas, y suele implicar cierto grado de distorsión de la realidad. Están principalmente dirigidas a disminuir el grado de malestar emocional (Contreras y cols., 2007).

Lazarus y Folkman (1984) defienden cómo ambos estilos pueden interferirse entre sí en algunas ocasiones, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro.

En general, los autores parecen estar de acuerdo en que las formas activas de afrontamiento (esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo) resultan más exitosas y adaptativas, ya que tienen efectos positivos sobre la salud mental o el bienestar y presentan menor sintomatología clínica; mientras que las formas pasivas (ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación) son consideradas como menos exitosas y efectivas, y están asociadas a un humor deprimido, malestar emocional, menor percepción de apoyo social, ansiedad, y detrimento de la calidad de vida percibida (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Lazarus y Folkman, 1984; citados en Mayordomo 2013; Moos, 1988; Carrobbles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Cantón y Justicia, 2008; Contreras y cols., 2007; Espinosa y Contreras, 2009).

No obstante, y como señala González Morales (2006), algunos autores no logran confirmar de forma tan contundente dichos resultados, sugiriendo que en la categoría de afrontamiento pasivo o paliativo se han incluido tipos muy heterogéneos, por lo que algunos de ellos pueden resultar funcionales (ej.: reinterpretación del problema o la búsqueda de apoyo social, asociados ambos a bajos niveles de distrés, buen ajuste psicológico y promoción de la salud) o no funcionales (ej.: consumo de alcohol y drogas, asociado a mayores niveles de sintomatología). Además, hay que tener en cuenta que esta relación entre afrontamiento activo y salud puede estar mediada, en parte, por el tipo de estresor y su percepción de controlabilidad, según los cuales las relaciones entre afrontamiento y adaptación pueden estar moderadas por la naturaleza, la duración, el contexto y capacidad de control del estrés (Aldwin y Reverson, 1987; Carver y Connor-Smith, 2010, citados en Mayordomo 2013). Por ejemplo, en este sentido, Casado (2002) señala cómo el afrontamiento centrado en la emoción

pueden también ser un mecanismo sano, de adaptación funcional cuando, desde una valoración racional y ajustada, acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles (como podría ser una situación de duelo) o tan sólo cabe una solución parcial del problema. Andreu y Martínez (2013) también entienden, por su parte, la posibilidad de que el afrontamiento por aproximación emocional pueda promover el bienestar y la salud.

2.3.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:

Pese a que en la literatura muchos autores intercambian el concepto de estilo y estrategias de afrontamiento, éstas últimas aluden a acciones concretas para modificar las condiciones del estresor (ej.: relajarse, ver películas, buscar apoyo social), mientras que cuando hablamos de estilo nos referimos a acciones más generales, a tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento (ej.: locus de control, percepción de control, autoeficacia, autoestima...). Centrándonos en las estrategias de afrontamiento, éstas se entienden como los procesos concretos que utiliza cada individuo en diferentes contextos, los cuales pueden variar con las condiciones desencadenantes (Carmona y cols., 2009). Lazarus y Folkman (1984) opinan que las estrategias de afrontamiento pueden ser inadaptativas o adaptativas, eficaces o ineficaces, y explican que no hay procesos buenos ni malos, puesto que dependen de factores que implican tener en cuenta la persona, la problemática y el contexto en el que se da la situación.

Las propias estrategias de afrontamiento pueden clasificarse en función de los dos grandes estilos que se diferencian (dirigidos al problema o a la emoción), como ya señalaron Lazarus y Folkman. Por tal razón, categorizan las estrategias de afrontamiento en dos dimensiones básicas, que dan lugar a subdimensiones de estrategias de afrontamiento: acciones concretas dirigidas al problema (con el objetivo de cambiar las peticiones o los sucesos del entorno causantes del estrés), o acciones dirigidas a la emoción donde el sujeto aminora el estrés y disminuye la molestia y el dolor emocional (con el objetivo de evitar el problema). En otras palabras, el sujeto puede dirigirse hacia la resolución del problema con el

objetivo de cambiar las peticiones o los sucesos del entorno causantes del estrés, o bien hacia el control de las emociones donde el sujeto aminora el estrés y disminuye la molestia y el dolor emocional, con el objetivo de evitar el problema.

Existe una enorme diversidad de clasificaciones en torno a los estilos de afrontamiento (Estévez, Oliva y Parra, 2011). Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento en la Escala de Modos de Afrontamiento (*Ways of coping*, WOC):

1. *Confrontación*: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
2. *Planificación*: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
3. *Aceptación de la responsabilidad*: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
4. *Distanciamiento*: Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
5. *Autocontrol*: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
6. *Reevaluación positiva*: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
7. *Escape o evitación*: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
8. *Búsqueda de apoyo social*: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema, mientras que las cinco siguientes están centradas en la emoción, y la última estrategia se focaliza en ambas áreas.

Desde esta investigación resaltamos la clasificación de estrategias desarrolladas Sandín y Chorot (2003) y revisadas por González y Landero (2007) a través del CAE (Cuestionario de Afrontamiento al Estrés). Este cuestionario permite diferenciar entre dos factores generales: Afrontamiento Racional y Afrontamiento emocional, formado a su vez por 7 subescalas que se distribuyen de la siguiente manera:

- Factor 1: Afrontamiento Racional:
 - *Búsqueda de apoyo social (BAS)*
 - *Focalizado en la solución del problema (FSP)*
 - *Reevaluación positiva (REP)*
 - *Religión (RLG)*
- Factor 2: Afrontamiento emocional:
 - *Expresión emocional abierta (EEA)*
 - *Autofocalización negativa (AFN)*
 - *Evitación (EVT)*

Los estudios que relacionan estrategias de afrontamiento con el ajuste personal señalan que, en general, las estrategias centradas en el problema están más asociadas a un funcionamiento más eficaz, mientras que las centradas en la emoción y las de evitación se asocian a mayores problemas emocionales y conductuales (Estévez y cols., 2011; Halama y Bacosová, 2009; Morales y Trianes, 2010). No obstante, hay que recordar que todas las estrategias de afrontamiento pueden resultar adaptativas en función de la fuente de estrés, por lo que la relación entre estresores, bienestar y estilo de afrontamiento necesita aún más investigación aclaratoria (Estévez y cols., 2011).

2.3.4. AFRONTAMIENTO Y TRAUMA EN VGP:

En general, y como se ha señalado anteriormente, los estudios de afrontamiento han encontrado que la percepción del control de la situación estresante influye en las elecciones individuales de las estrategias de afrontamiento (Folkman, 1984; Valentín y cols., 1994; citados en Yoshihama, 2002). De este modo, las personas tienen más probabilidad de utilizar estrategias centradas en las emociones cuando perciben que la situación es incontrolable, mientras que si la situación es percibida como controlable, las personas suelen utilizar estrategias centradas en el problema (Folkman y cols., 1979; Forsythe y Compas, 1987; Moos y Schaefer, 1993; citados en Yoshihama, 2002). Por su parte, en los estudios en mujeres maltratadas, las estrategias de afrontamiento son generalmente dicotomizadas en activas versus pasivas: las estrategias activas serían aquellas conductas observables, mientras que aquellos aspectos cognitivos o emocionales serían estrategias pasivas (Finn, 1985).

Estos planteamientos podrían explicar el uso de estrategias pasivas ante una situación incontrolable (la violencia de su pareja), pues los estudios relativamente recientes sobre el uso de estrategias en mujeres víctimas de violencia de pareja encuentran que dichas mujeres tienen habilidades de afrontamiento deficientes, especialmente en cuanto a estrategias centradas en el problema, y emplean predominantemente estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Finn, 1985; Mitchell y Hodson, 1983 y 1986; Mitchel y cols., 2006). En este sentido, Shannon, Cole y Medley (2006) encontraron en un estudio con más de 750 mujeres maltratadas que el 18% de la muestra utilizaba estrategias centradas en el problema, frente a un 91% de mujeres con estrategias centradas en la emoción.

Los datos muestran que un amplio porcentaje de mujeres tienden a retirarse, ocultar los incidentes violentos a los demás, y evitan buscar ayuda en el exterior. Estas estrategias podrían responder a un intento de minimizar la probabilidad de que la pareja agresora “perciba provocaciones” para justificar un nuevo episodio de violencia; además, pueden ayudar a la mujer a evitar enfrentarse con el impacto emocional del incidente (Mitchel y Hodson, 1983). Por ejemplo, Lilly y Graham-Bermann (2010) defienden una mayor asociación entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción con mayor exposición a la violencia de pareja. En la misma línea se ha encontrado relación entre ser víctima de agresiones verbales crónicas, así como de maltrato (físico, psíquico o abuso económico) y el empleo de

mecanismos de afrontamiento pasivos y de evitación (Comijs, Jonker, Van Tilburg y Smith, 1999).

No obstante, las mujeres maltratadas también utilizan este tipo de estrategias centradas en el problema, especialmente las mujeres que han logrado obtener seguridad. Por ejemplo, un estudio de Horton y Hohnson (1993, citados por Sabina, 2008) mostraba que el 95% de las mujeres que habían abandonado a su pareja maltratadora, habían hablado con alguien, o con algún recurso especializado, y más del 80% estaban en procesos legales de divorcio o separación. En la misma línea, Lerner y Kennedy (2000) encontraron que las estrategias centradas en el problema estaban más asociadas a un abandono de la relación violenta, que las estrategias centradas en la emoción. Waldrop y Resick (2004) concluyen cómo las estrategias evitativas son más comunes cuando las mujeres permanecen todavía en la relación violenta, si bien cuando más cuando más severa y frecuente se convierte el abuso, más probable es que las mujeres maltratadas intenten tomar estrategias activas para abandonar la relación como un intento de preservar su propia seguridad

Dichos resultados son consistentes con los estudios de afrontamiento entre la población general (Holahan y cols., 1990 y 1991; citados en Yoshihama, 2002). Mitchel y cols. (2006) recogen cómo las estrategias desadaptativas de afrontamiento de mujeres maltratadas están asociadas con mayores niveles de estrés psicológico (depresión y ansiedad). Flanagan, Jaquier, Overstreet, Swan y Sullivan (2014) encontraron una función mediadora del afrontamiento evitativo entre la VGP (especialmente el maltrato psicológico y sexual) y la salud mental (síntomatología TEPT, depresiva y consumo de sustancias).

En cuanto a las consecuencias postraumáticas, Astin y cols. (1993; citados en Sabina, 2008) encuentran como aquellas mujeres que perciben apoyo social, desarrollan menor sintomatología de TEPT, así como tienen más probabilidad de emplear estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Por su parte, Krause, Kaltman, Goodman y Dutton (2008) realizan un estudio longitudinal con mujeres víctimas de la violencia doméstica, y encuentran que el afrontamiento evitativo está asociado con mayor sintomatología de TEPT.

Otro estudio (Leiva-Bianchi y cols., 2012) reflejó mayor sintomatología TEPT en personas que habían estado expuestas al trauma de un terremoto, y que presentaban un elevado uso de estrategias evitativas, y a la vez un bajo uso de estrategias centradas en solución de problemas. Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés (2011) estudian los efectos del abuso sexual infantil, y obtienen que mayor abuso, mayores atribuciones de autoinculpación, y mayor sintomatología TEPT; a su vez, encontraron cómo el afrontamiento evitativo mediaba en esta relación, encontrando fuertes asociaciones entre culpa, TEPT y afrontamiento evitativo.

Respecto a la depresión, en la literatura se sugiere que la depresión mayor está más asociada con el afrontamiento evitativo en víctimas de VGP, frente a otras estrategias de afrontamiento cognitivo y/o conductual que tratan de actuar de forma más directa sobre el problema (Billings y Moos, 1981; citados en Waldrop y Resick, 2004; Mithchel y Hodson, 1983).

Cantón (2010) señala el papel de la culpabilidad y su relación con el afrontamiento evitativo, en el sentido que aquellas víctimas que piensan que son culpables de su experiencia de abuso podrían tener mayores dificultades para aceptar sus experiencias, aumentando así el riesgo de emplear estrategias como la negación o el distanciamiento para evitar los sentimientos de culpa persistentes.

La evaluación positiva de las estrategias de afrontamiento activo pasa por alto, no obstante, las importantes consecuencias negativas que estas estrategias pueden tener en aquellas mujeres maltratadas; por ejemplo, las mujeres que intentan abandonar a sus parejas tienen mayor riesgo de ser asesinadas (Wilson y cols., 1993; citados en Yoshihama, 2002). Por lo que este tipo de estrategias, que principalmente van dirigidas a afrontar el estrés y romper con la violencia a medio y largo plazo, pueden no obstante, ser contraindicadas en ciertas situaciones, e incrementar el riesgo de violencia a corto plazo. En consecuencia, es importante ser consciente del riesgo y tomar todas las medidas de seguridad y de apoyo necesarias a la hora de emplear estrategias activas frente a las situaciones de riesgo que implican la violencia dentro del ámbito de la pareja. Es aquí cuando los recursos institucionales y las redes sociales deben funcionar y coordinarse para poder colaborar con los enormes esfuerzos que suponen a las víctimas de violencia de género transformarse en supervivientes.

2.3.5. AFRONTAMIENTO Y APEGO:

Pocas son las investigaciones que relacionan afrontamiento con apego adulto, existiendo, sin embargo, mayores estudios centrados en la etapa infantil y adolescente. En este sentido, los resultados indican que el estilo de apego seguro correlaciona positivamente con el tipo de afrontamiento más adaptativo y funcional (concretamente con el estilo centrado en el problema), mientras que los estilos de apego preocupado, evitativo y desorganizado correlacionan negativamente con el tipo de afrontamiento centrado en el problema (Abraham y Kerns, 2013; Brumariu, Kerns y Seibert, 2012; Reyes y Reidl, 2015), mostrando menores estrategias adaptativas como la búsqueda de apoyo (Parrigon, Kerns, Abtahi y Koehm, 2015).

La hipótesis de Bowlby de que el apego seguro está asociado con métodos de afrontamiento constructivos y centrados en el problema ha recibido fuerte apoyo en muchos estudios (Shaver y Mikulincer, 2002). Mikulincer y Shaver (2007) ponen de manifiesto que las personas con apego seguro tienden a mostrar puntuaciones relativamente altas en búsqueda de apoyo y afrontamiento centrado en el problema, en parte porque han aprendido que pueden confiar y expresar abiertamente sus vulnerabilidades y necesidades, y que dicha expresión tiene resultados positivos; además, a través del apego seguro han aprendido que también pueden resolver importantes problemas por sí mismos, y dirigirse a otras personas para reforzar su propia capacidad de afrontamiento. Estos sujetos también puede utilizar de forma adaptativa estrategias dirigidas a la emoción de carácter activo, como pueden ser la expresión de emociones y búsqueda de apoyo emocional.

Por su parte, la personas con apego evitativo muestran principalmente estrategias de afrontamiento evitativas (utilizando la represión como una defensa, y conductas de distracción para no afrontar el estresor). Estos individuos no pueden arriesgarse a mostrar sus emociones libre y conscientemente, ya que sus defensas evitativas inhiben aquellos estados emocionales que son incongruentes, con el objetivo de mantener el sistema de apego desactivado (Main y Weston, 1982). Así, emociones como el miedo, ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza y malestar son inhibidas defensivamente con el fin de no activar el sistema de apego, y también para no mostrar su propia vulnerabilidad. De este modo, estrategias como la búsqueda de apoyo, resolución de problemas y reevaluación pueden interferir con su modo de regulación

emocional, ya que implican reconocer la amenaza y los errores que las personas evitativas prefieren obviar. Por todo ello, solo les queda la opción de suprimir las emociones y utilizar estrategias de disociación (es decir, estrategias de distanciamiento o respuesta centrada en la emoción), y en consecuencia disminuye la integración de sus experiencias emocionales en su memoria. Posiblemente todas estas tácticas proceden del aprendizaje temprano en el que expresar malestar o vulnerabilidad hace más probable la aparición del castigo y/o del rechazo (Mikulincer y Shaver, 2007).

Respecto al apego ansioso, las investigaciones señalan cómo los individuos ambivalentes dependen de estrategias centradas en la emoción (Shaver y Mikulincer, 2002; Mikulincer y Shaver, 2007). Estos individuos parecen guiados por un deseo insatisfecho de acercarse a sus figuras de apego para obtener su atención y protección, lo que provoca en ellos intensas emociones para obtener su atención y cuidado, como los celos, ira, tristeza, ansiedad, miedo y vergüenza. Estas emociones intensas también cumplen con el objetivo de activar su sistema de apego a través de preocupaciones por ser abandonado, y dudas sobre su auto-eficacia (ya que mostrarse competente puede hacer que se aleje la figura de apego). Como dudan de la disponibilidad de la figura de apego, normalmente estas personas muestran un modo ambivalente de pedir apoyo y ayuda, expresándolo de formas indirectas para disminuir la probabilidad de rechazo (ej.: exagerando las expresiones faciales de tristeza, sin pedir directamente ayuda). Es característico de las personas ansiosas-ambivalentes, ante sucesos estresantes, centren su atención en su propio malestar, tengan pensamientos rumiantes y/o negativos y utilicen estrategias que focalizan en la atención, lo que con mayor probabilidad aumenta su malestar más que disminuirlo (Shaver y Mikulincer, 2002).

Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006) defienden, ya en la etapa adulta, cómo la persona con estilo de apego adulto temeroso, con una visión negativa del yo y del mundo social, teme implicarse con otros y parten de una mala auto-imagen, presentando un quiebro en las formas de afrontamiento directo y adaptativo, asociándose con un mayor uso del afrontamiento evitativo (tanto cognitivo como conductual), resultando un factor de riesgo para su salud mental.

Finalmente, Zhang y Labouvie-Vief (2004), obtienen que el incremento en el apego seguro (en un periodo de 6 años) covaría con aumentos en las estrategias dirigidas al

problema y bienestar percibido, así como con disminución de estrategias de distanciamiento/evitativas y síntomas depresivos. Con estos resultados, Mikulincer y Shaver (2007) concluyen que los sentimientos de seguridad afectiva son un recurso resiliente que ayuda a las personas a mantener una serenidad emocional, y permite un uso no excesivo de las defensas.

2.3.6. AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA:

Los diversos estudios entre resiliencia y afrontamiento encuentran relación entre ambas variables. De hecho, González y Artuch (2014) subraya cómo en muchas investigaciones “*coping*” y “resiliencia” se han utilizado de forma intercambiable, si bien destaca que son constructos diferentes. Connor (2006) defiende cómo la resiliencia puede ser definida como una medida de la capacidad para afrontamiento del estrés. Greco y cols. (2006) relacionan la capacidad de sentir emociones positivas en las situaciones adversas, que vinculan con la resiliencia, con un estilo de afrontamiento asertivo y dirigido a la resolución de problemas. En general, todos los autores encuentran vinculaciones entre ambos conceptos, destacando que las características de las personas resilientes incluyen un afrontamiento activo dirigido al problema, que el afrontamiento centrado en la emoción está más asociado con altos niveles de estrés, y que el estilo de evitación de los problemas es más característico de las personas no resilientes (Lösel y cols., 1989; citado en Kotliarenko y cols., 1997; Connor, 2006; González y Artuch, 2014). O dicho de otro modo, los estudios asumen que el afrontamiento activo es promotor de la resiliencia, mientras que el afrontamiento pasivo la inhibe (Yoon, Lee, Lee, Cho y Lee, 2014).

En relación con la “personalidad resistente”, de la que se ha hablado en el capítulo sobre resiliencia, ésta se describe también como el empleo de acciones resistentes de afrontamiento, que consiste en tratar las circunstancias estresantes como problemas que han de ser resueltos en vez de ser evitados (Vázquez y Hervás, 2008).

En el terreno de las enfermedades como el cáncer, las investigaciones parecen haber encontrado resultados que apoyan la relación directa entre el afrontamiento y la resiliencia, y que ambas variables influyen en la recuperación de cualquier enfermedad, especialmente en la oncológica (Pérez y Medina, 2011). Un estudio centrado en el duelo señala que ciertas estrategias de afrontamiento y de resiliencia actúan como factores mediadores del duelo complicado, encontrando a su vez relación entre el afrontamiento centrado en el problema y resiliencia (Bermejo, Magaña, Villacieros, Carabias y Serrano, 2011).

Un interesante estudio sobre el efecto del desempleo sobre la depresión (Sojo y Guarino, 2011) encuentra que la resiliencia actúa como un factor moderador del impacto de la duración del desempleo sobre el funcionamiento social (funcionando como un factor protector), mientras que el afrontamiento funciona como un factor mediador del impacto del estrés del desempleo sobre la salud. Estos datos apoyarían un modelo de moderación mediada (vs. mediación moderada) entre ambas variables.

A continuación, y para finalizar con el apartado de afrontamiento, se incluye un resumen de la información en torno al afrontamiento reflejada en este capítulo, que resulta especialmente interesante para el análisis de los resultados de este estudio (ver *Tabla 2.8.*).

Tabla 2.8. RESUMEN DEL AFRONTAMIENTO

TEMA	ESTUDIO	EVIDENCIA EMPÍRICA
ESTILOS	Moos (1988); Carver y cols. (1989); Lazarus y Folkman, (1984), citados en Mayordomo (2013); Carroble y cols. (2003); Cantón y Justicia (2008); Contreras y cols. (2007); Espinosa y Contreras (2009)	<ul style="list-style-type: none"> – Las formas activas de afrontamiento son más exitosas y adaptativas, con efectos positivos en la salud mental o bienestar, y con menor sintomatología clínica. – Las formas pasivas (ausencia de enfrentamiento, evasión o negación) son consideradas menos exitosas y efectivas, asociadas a un humor deprimido, malestar emocional, menor percepción de apoyo social, ansiedad y detrimento de la calidad de vida percibida.
	González Morales (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – No se puede ser tan contundente entre la adaptabilidad de los estilos pasivos o activos, dentro de cada tipo hay estrategias funcionales y no funcionales.
	Aldwin y Reverson, (1987); Carver y Connor-Smith (2010), citados en Mayordomo (2013); Casado (2002)	<ul style="list-style-type: none"> – La percepción de controlabilidad puede alterar la elección de un tipo u otro de estrategia.
	Andreu y Martínez (2013)	<ul style="list-style-type: none"> – Entienden la posibilidad de que el afrontamiento emocional pueda promover bienestar y salud.
	Folkman y cols. (1979); Forsythe y Compas (1987); Moos y Schaefer (1993); citados en Yoshihama (2002)	<ul style="list-style-type: none"> – Cuando una situación es incontrolable, más probabilidad de que se utilicen estrategias emocionales, mientras que cuando se percibe que la situación es controlable, se suelen emplear más estrategias centradas en el problema.
ESTRATEGIAS	Lazarus y Folkman (1984)	<ul style="list-style-type: none"> – Pueden ser adaptativas o inadaptativas, no hay procesos buenos ni malos ya que dependen de factores de la persona, la problemática y el contexto de la situación. – Pueden diferenciarse en función de los estilos: dirigidas al problema o a la emoción.
	Estévez y cols. (2011); Halama y Bascová (2009), Morales y Trianes (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Las estrategias centradas en el problema están más asociadas a un funcionamiento más eficaz, mientras que las centradas en la emoción y las de evitación se asocian a mayores problemas emocionales y conductuales.
TRAUMA	Finn (1985); Mitchell y Hodson (1983 y 1986); Mitchel y cols., (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Las víctimas de violencia de pareja tienen habilidades de afrontamiento deficientes, especialmente en cuanto a estrategias centradas en el problema, empleando predominantemente estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

	Shannon y cols. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – En un estudio con mujeres maltratadas, el 18% empleaban estrategias centradas en el problema, frente a un 91% que empleaba estrategias centradas en la emoción.
	Mitchel y Hodson (1983)	<ul style="list-style-type: none"> – Un amplio porcentaje de mujeres tiende a retirarse, ocultar los incidentes violentos a los demás, y evitan buscar ayuda en el exterior, como un intento de minimizar la probabilidad de que la pareja agresora “perciba provocaciones” para justificar un nuevo episodio de violencia, y además logran evitar enfrentarse al impacto emocional del incidente violento.
	Lilly y Graham-Bermann (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Mayor asociación entre estrategias de afrontamiento centradas en la emoción con mayor exposición a la violencia de pareja.
	Comijs y cols. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> – Encuentran relación entre ser víctima de agresiones verbales crónicas, así como de maltrato (físico, psicológico y económico) y el empleo de mecanismos de afrontamiento pasivos y de evitación.
	Horton y Hohnson (1993; citados por Sabina, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> – Las mujeres maltratadas, especialmente las que han logrado seguridad, emplean estrategias centradas en el problema. – El 95% han abandonado a su pareja y más del 80% están en procesos legales de divorcio o separación.
	Lerner y Kennedy (2000)	<ul style="list-style-type: none"> – Las estrategias centradas en el problema están más asociadas a un abandono de la relación violenta (frente a las centradas en la emoción).
	Waldop y Resick (2004)	<ul style="list-style-type: none"> – Las estrategias evitativas son más comunes entre las que mantienen la relación violenta. – Cuanto más grave la violencia, más probable el uso de estrategias activas.
	Mitchel y cols. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Las mujeres maltratadas muestran estrategias desadaptativas de afrontamiento que se asocian con mayores niveles de estrés psicológico (depresión y ansiedad).
	Flanagan y cols. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> – El afrontamiento evitativo tiene una función mediadora entre la VGP (especialmente maltrato psicológico y sexual) y la salud mental (TEPT, depresión y consumo de sustancias).
	Wilson y cols. (1993; citados en Yosihana 2002)	<ul style="list-style-type: none"> – Las estrategias activas también pueden tener consecuencias negativas en las mujeres maltratadas.
	Calvete y cols. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> – Si una mujer cree que la violencia es inevitable y es la culpable, podrá en marcha estrategias no racionales sino de tipo aislamiento, evitación o negación, que le llevarán a desarrollar sintomatología depresiva.
PSICOPATOLOGÍA	Mitchel y cols. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Las estrategias desadaptativas de afrontamiento de mujeres maltratadas están asociadas con mayores niveles de estrés psicológico (depresión y ansiedad)

- TEPT	Villavencio y Herranz (1999)	- Las estrategias evitativas en mujeres maltratadas se han asociado a mayor ansiedad, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo
	Astin y cols. (1993; citados en Sabina, 2008)	- Las mujeres maltratadas que cuentan con apoyo social, desarrollan menos TEPT y emplean más estrategias centradas en el problema.
	Krause y cols. (2008)	- El afrontamiento evitativo en víctimas de VG está más asociado a sintomatología TEPT.
	Leiva-Bianchi y cols. (2012)	- Ante trauma de terremoto, las estrategias evitativas están asociadas a sintomatología TEPT.
	Cantón-Cortés y cols. (2011)	- Mayor asociación entre culpa, TEPT y afrontamiento evitativo en víctimas de ASI.
	Billings y Moos, (1981; citados en Waldrop y Resick, 2004); Mithchel y Hodson (1983)	- La depresión está más asociada con el afrontamiento evitativo en víctimas de VGP
	Cantón y Justicia (2008)	- En víctimas de ASI, las estrategias de afrontamiento evitativas se relacionan con más depresión y menos autoestima.
	Cantón (2010)	- Relación entre culpa y afrontamiento evitativo.
- Depresión		
- Culpa		
APEGO	Abraham y Kerns, (2013); Brumariu, Kerns y Seibert, (2012); Reyes y Reidl (2015)	- El afrontamiento centrado en el problema correlaciona de forma positiva con el apego seguro, y de forma negativa con los estilos inseguros (preocupado, evitativo y desorganizado). - Estudios en etapa infantil y adolescente.
	Parrigon y cols. (2015)	- Los inseguros utilizan menos estrategias adaptativas como la búsqueda de apoyo.
	Shaver y Mikulincer (2002)	- La hipótesis de Bowlby que defiende que el apego seguro está asociado con métodos de afrontamiento constructivos y centrados en el problema ha recibido fuerte apoyo en muchos estudios. - Las personas ambivalentes, ante sucesos estresantes: centran su atención en su propio malestar, tienen pensamientos rumiantes y/o negativos y utilizan estrategias que focalizan en la atención, aumentando su malestar.
	Mikulincer y Shaver (2007)	- Apego seguro: más búsqueda de apoyo y afrontamiento centrado en el problema. - Apego evitativo: suprimen emociones y utilizan estrategias de distanciamiento o centradas en la emoción - Apego ansioso: dependen de estrategias centradas en la emoción.
	Main y Weston (1982)	- Apego evitativo: estrategias de afrontamiento evitativas (represión y distracción)

RESILIENCIA	Páez y cols. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Estilo temeroso: mayor uso de afrontamiento evitativo.
	Zhang y Labouvie-Vief (2004)	<ul style="list-style-type: none"> – Un aumento del apego seguro covaría con un aumento del uso de estrategias dirigidas al problema y con una disminución de estrategias evitativas y síntomas depresivos.
	Mikulincer y cols. (1993)	<ul style="list-style-type: none"> – Apego seguro: buscan más apoyo en los demás. Integran aspectos emocionales y cognitivos – Apego evitativo: a veces no son conscientes de su malestar y no buscan apoyo en los demás, actuando de forma autosuficiente, restableciendo su sentido de independencia, autonomía y control. Se centran en aspectos cognitivos o niegan las reacciones emocionales. Priorizan sus propios intereses a la relación. – Apego ambivalente: atienden más los factores emocionales. Priorizan la relación a sus propios intereses.
	Mikulincer y Shaver (2003, citados en Simpson y Rholes, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> – Personas ansiosas-ambivalentes: utilizan estrategias centradas en la emoción o hiperactivación.
	Fenney (1995b, citado en Fenney y Noller, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Apego seguro: asociado a menor ansiedad de separación de la pareja y mayor número de estrategias constructivas de afrontamiento centradas en el problema.
	Simpson y cols. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> – Apego seguro: buscan más apoyos en los demás.
	Pistone (1989, citados en Feneey y Noller, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> – Personas seguras: más probabilidad de utilizar estrategias favorables de resolución de conflictos a través de acciones centradas en la resolución de problemas
	Greco y cols. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> – Relación entre sentir emociones positivas en situaciones adversas (vinculado a resiliencia) con el afrontamiento asertivo y dirigido a la resolución del problema.
	Lösel y cols. (1989; citado en Kotliarenco y cols., 1997); Connor, (2006); González y Artuch (2014)	<ul style="list-style-type: none"> – Las personas resilientes se caracterizan por un afrontamiento dirigido al problema, mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción está más asociado con altos niveles de estrés. – El estilo evitativo es característico de las personas menos resilientes.
	Yoon y cols. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> – El afrontamiento activo es promotor de la resiliencia, mientras que el afrontamiento pasivo la inhibe.
	Vázquez y Hervás (2008)	<ul style="list-style-type: none"> – Personalidad resistente: empleo de acciones resistentes de afrontamiento, que consiste en tratar las circunstancias estresantes como problemas que han de ser resueltos en vez de ser evitados.
	Pérez y Medina (2011)	<ul style="list-style-type: none"> – Existe relación directa entre afrontamiento y resiliencia en pacientes oncológicos.
	Bermejo y cols. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> – Encontraron relación entre resiliencia y afrontamiento centrado en el problema, en un estudio centrado en duelo complicado.

	Sojo y Guarino (2011)	– Resiliencia y afrontamiento tienen una relación de moderación mediada frente al estrés por desempleo.
--	------------------------------	---

CAPÍTULO 3: PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA AL TRAUMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA:

3.1. INTRODUCCIÓN:

La violencia por parte del hombre contra la mujer es la principal causa de reducción de calidad de vida, miedo, estrés, daño y muerte en población femenina, y tiene serios efectos secundarios para las familias, comunidades y economía. Los estudios revelan una alta prevalencia de consecuencias agudas y crónicas en la salud mental y física como resultado de la violencia de género (American Psychological Association, 1999).

Al analizar las consecuencias que la VGP tienen en la salud de las víctimas, se desprenden las siguientes conclusiones (Krug y cols., 2002): a) las consecuencias pueden persistir aunque el maltrato haya desaparecido; b) cuanto más severo es el maltrato, mayor es el impacto en la salud mental y física de las víctimas; c) el impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y múltiples episodios de violencia parece ser acumulativo.

Son muchos los estudios que señalan que la violencia dentro de la pareja contra la mujer incide de forma importante en el estado de salud general de la víctima; en la *Tabla 3.1.* recogemos aquellos problemas de salud más relacionados con la violencia contra las mujeres (Krug y cols., 2002). En este estudio nos centraremos en las consecuencias psicopatológicas, sin olvidar que suelen venir acompañadas de lesiones físicas e importante riesgo para la salud a largo plazo. De este modo, se ha señalado que el impacto psicológico de la violencia incide principalmente en la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa, disminución de la autoestima y trastorno de estrés postraumático, así como la presencia de abuso de sustancias, e intentos de suicidio, siendo frecuentes los sentimientos de culpa, el aislamiento social y la dependencia emocional (Matud Aznar, 2004).

Tabla 3.1. Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja

(FUENTE: Krug y cols., 2002, p. 110).

FÍSICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones abdominales y torácicas - Moretones e hinchazón - Síndromes de dolor crónico - Discapacidad - Fibromialgia - Fracturas - Trastornos del aparato digestivo - Síndrome del colon irritable - Desgarros y abrasiones - Lesiones oculares - Mengua de las funciones físicas
SEXUALES Y REPRODUCTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del aparato genital - Esterilidad - Enfermedad inflamatoria de la pelvis - Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo - Disfunción sexual - Enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA) - Aborto practicado en condiciones peligrosas - Embarazo no deseado
PSÍQUICAS Y DEL COMPORTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de alcohol y otras drogas - Depresión y ansiedad - Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño - Sentimientos de vergüenza y culpabilidad - Fobias y trastornos por pánico - Inactividad física - Poca autoestima - Trastorno por estrés postraumático - Trastornos psicosomáticos - Hábito de fumar - Comportamiento suicida y daño autoinfligido - Comportamiento sexual riesgoso
MORTALES	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad relacionada con el SIDA - Mortalidad materna - Homicidio - Suicidio

3.2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA:

La OMS (2002) considera que la violencia contra las mujeres es uno de los problemas de salud más importantes por su creciente incidencia y mortalidad.

La violencia física es la causa principal de lesiones en las mujeres, que van desde pequeños cortes o contusiones hasta la incapacidad severa y muerte (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2007). Si bien esta violencia puede tener consecuencias directas sobre la salud (ej.: lesiones), también aumenta el riesgo de una mala salud en el futuro (Krug y cols., 2002).

Respecto a las lesiones provocadas por el maltrato, el *Informe mundial sobre violencia y salud* de la OMS (Krug y cols., 2002) señala cómo el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas resulta lesionada en algún momento de su vida. Lo habitual es que las lesiones sean múltiples y haya diferentes modalidades, combinándose las lesiones antiguas con las recientes. Muellerman (1996; citado en Ruiz-Jarabo y Blanco, 2007) encontró que en las lesiones más frecuentes en los servicios de urgencias eran la rotura de tímpano, lesiones de cabeza, tronco y cuello.

Pero la influencia sobre la salud física no solo tiene un componente agudo (ej.: lesión tras agresión traumática aislada), sino que tiene un componente de cronicidad importante, mermando la salud de la mujer a largo plazo a través del desarrollo de “trastornos funcionales” (Larrión y De Paul, 2000; Krug y cols., 2002). Las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que las mujeres que no sufren esta violencia (Campbell y cols., 2002; citados en Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004).

Kiecolt-Glaser y cols. (1993) indican cómo las respuestas hostiles frente a conflictos matrimoniales están relacionadas con el deterioro del funcionamiento del sistema inmunológico, hallazgo que supuso importantes implicaciones para la salud a largo plazo. De este modo, como señala Blanco (2007), el estrés crónico que implica mantenerse en una

relación cuyas estrategias de vinculación utilizan la violencia de forma constante, supone una alteración del sistema inmunológico y neurohormonal que favorece tanto la aparición de diferentes enfermedades (infecciosas, cardiovasculares, autoinmunes, etc.), como el empeoramiento de las existentes (asma, diabetes, angina de pecho, etc.). Es decir, que estar sometida a violencia tanto en la infancia como en la edad adulta es un factor de riesgo para padecer enfermedades. En esta línea, Lasheras (2003) destaca una mayor predisposición a desarrollar enfermedades en víctimas de VGP, resaltando que los estudios señalan una mayor vulnerabilidad provocada por las alteraciones en el sistema inmunológico que provoca el estrés continuado en una relación violenta. Estos problemas abarcan desde dolores reumáticos, cervialgia o lumbalgia crónicas y artritis, hasta complicaciones cardíacas como el infarto de miocardio y angina de pecho, e incluyen síntomas neurológicos como la pérdida de audición, problemas visuales, cefaleas y migrañas (Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004).

Diversos estudios (Larrión y cols., 2000; OMS, 1998; Instituto de la Mujer, 2000) encuentran mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves en mujeres maltratadas frente a las que no lo son: aparecen más cuadros de dolor crónico (cefaleas, dolor pélvico, dorso lumbalgias), problemas menstruales, enfermedades de transmisión sexual o infección de vías urinarias, y trastornos funcionales del tipo colon irritable y trastornos gastrointestinales.

También es destacable cómo la violencia disminuye la propia valoración de las víctimas e induce a un menor cuidado personal, favoreciendo el descuido hacia una misma y la entrada en conductas perjudiciales para la salud (abuso de alcohol u otras drogas, tranquilizantes, tabaco, abandono en relación con la alimentación, ejercicio, etc.) (OMS, 2002).

Un aspecto especialmente dañado es la esfera sexual. El hecho de verse sometidas a relaciones sexuales forzadas por su pareja conlleva patologías ginecológicas importantes (menstruaciones irregulares o dolorosas, síndrome premenstrual, dolor pélvico crónico, etc.), embarazos no deseados y aparición de patologías obstétricas cuando el maltrato tiene lugar en mujeres gestantes (García Minguito, 2010). En consecuencia será común que la mujer no muestre deseo sexual, que las relaciones sexuales supongan un sacrificio para ella, presenten

dificultad para experimentar orgasmos y aparezcan alteraciones del tipo dispareunia y vaginismo (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2007). También se ha asociado el maltrato con el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el virus del SIDA/VIH (Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004).

3.3. CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL:

La vivencia de violencia en las relaciones íntimas causa distintas y profundas consecuencias psicológicas en sus víctimas, existiendo un amplio abanico de sintomatología asociada con este tipo de trauma, afectando, entre otras áreas, a la autoestima de la mujer y a su capacidad de participar en el mundo (Krug y cols., 2002). Lorente (2001) calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves, entre los que destacan la ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio. Igualmente, es común la aparición de sentimientos de culpabilidad, aislamiento social y sentimientos de dependencia hacia la pareja maltratadora, junto con sintomatología somática severa. Los principales trastornos psicológicos asociados al maltrato serían el trastorno de estrés postraumático, seguido de la depresión y otros trastornos de ansiedad, y en menor medida los trastornos de estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de alimentación, alcoholismo y drogodependencia (Matud, 2005; Golding, 1999; Bermúdez y Matud, 2009; Robertiello, 2006).

Los estudios señalan que existe peor estado de salud mental en las mujeres maltratadas por su pareja frente a las que no han sufrido tales abusos. Si bien no existe evidencia causa-efecto, son tan significativas las diferencias encontradas entre las mujeres maltratadas y las que no han sufrido VGP, que parece razonable interpretarlas como reacciones o consecuencias del abuso sufrido (Matud, 2005). En este sentido, sea encontrado que las mujeres maltratadas presentan más sintomatología depresiva, inseguridad en sí mismas, trastornos de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, baja autoestima, mayor consumo de fármacos (sobre todo antidepresivos y ansiolíticos), y menor percepción de apoyo social. Además, parece confirmarse que aquellas mujeres que ya no están bajo la relación de maltrato

tienen mejores índices de salud frente a las que permanecen en la relación violenta, y que cuando el maltrato es más reciente existe más psicopatología (Matud Aznar, 2004 y 2005; Dorahy, 2007). En general, los datos señalan que *“los síntomas de sufrimiento mental son seis veces más frecuentes en mujeres maltratadas que en las que no lo han sido, y es de cuatro a cinco veces más probable que estén en tratamiento psiquiátrico que las mujeres de la población general”* (Stark y Flitcraft, 1991; citados en Ruiz-Jarabo y Blanco Prieto, 2007).

Es necesario destacar no obstante que las mujeres que están involucradas en una relación violenta no solo están expuestas al estrés que supone el clima violento relacional, sino también a la presión asociada con la anticipación de futuras agresiones. También hay que resaltar que incluso cuando la relación de VG finaliza, la mujer puede seguir estando envuelta y recibiendo maltrato por parte de su expareja, en el sentido que el maltratador puede seguir ejerciendo violencia hacia ella (no aceptando la ruptura, con conductas de acoso e intimidación, o instrumentalizando a la descendencia para dañarla), manteniéndose sentimientos de estrés, miedo e indefensión. Además, existe evidencia de que los efectos en la salud se mantienen también a largo plazo incluso aunque el abuso haya terminado (Campbell, 2001).

Destaca en los estudios el relato repetido donde muchas víctimas expresan que los malos tratos psicológicos dejan más herida y tienen más importancia para ellas que los malos tratos físicos, y lo asocian con un aumento de la inseguridad personal, baja autoestima y sentimientos de culpabilidad. Si bien existe evidencia empírica de que el maltrato psicológico por sí mismo (sin estar acompañado de maltrato físico y/o sexual) se asocia con problemas de psicopatológicos se ha encontrado peor salud mental en las mujeres que hay sufrido más formas de violencia, así como un maltrato más intenso por parte de sus parejas (Bermúdez, Matud y Buela-Casal, 2009).

A continuación, se aportan más detalles de las consecuencias psicopatológicas que aparecen en víctimas de VGP, centrándonos en los distintos trastornos concretos más presentes en estas mujeres.

3.3.1. ANSIEDAD.

Se entiende que la ansiedad y el miedo son reacciones normales ante el peligro, por ello no es extraño que las mujeres maltratadas presenten síntomas de este tipo (trastornos del sueño, palpitaciones, temblores, sensación de nudo en la garganta...) casi desde el inicio de la relación violenta (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2007).

La ansiedad resulta el tercer gran grupo de psicopatología más prevalente en la mujer maltratada, junto con la depresión y el TEPT (Prieto Medina, 2014). En cuanto a la prevalencia general, se obtienen porcentajes que oscilan entre el 15,8% y el 83%. Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, se han encontrado tasas de casi el 40% (Umubyeyi, Mogren, Ntaganira y Krantz, 2014). De forma más detallada, Gleason (1993) encontró mayor prevalencia de fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y TEPT en las mujeres maltratadas frente a la muestra epidemiológica. Estos datos sugieren que gran parte de los síntomas de ansiedad excesiva que sufren las mujeres víctimas de VGP se deben a su victimización. En la *Tabla 3.2.* pueden observarse los porcentajes encontrados en los estudios en materia de ansiedad.

Tabla 3.2. Estudios sobre prevalencia de la ansiedad en víctimas de VGP.

Autor	Año	Síndrome	%	Muestra
Echeburúa y cols.	1997	Ansiedad	86-93%	164
Amor y cols.	2001	Ansiedad	83%	250
Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez	2004	Ansiedad	16,4%-54,4%	Revisión de estudios
Matud Aznar	2004	Ansiedad	15,8%	270
Rivas-Díez y Sánchez-López	2012	Niveles altos de ansiedad	60,8%%	97
Umubyeyi y cols.	2014	Trastorno de Ansiedad Generalizada	39,2%	477

3.3.2. DEPRESIÓN.

Como se ha mencionado previamente, la depresión es uno de los cuadros clínicos más frecuentemente asociados con los efectos de la violencia. De hecho, sufrir VGP es considerado como el mayor factor de riesgo psicosocial para desarrollar depresión (Wong y Mellor, 2014).

La tasa de prevalencia media de la depresión en mujeres maltratadas es del 47,6%, oscilando entre el 15 y el 83%, como indica el meta-análisis de Golding (1999). Los estudios (Amor y cols., 2006) muestran mayor prevalencia de este síndrome en este colectivo frente a la población general de mujeres (entre un 10,2% y el 21,3%). Una investigación realizada en España (Amor, y cols., 2001) encuentra que entre un 50,5% y un 67,5% de las mujeres maltratadas están aquejadas de una depresión media o grave. Por su parte, Kernic, Wolf y Holst (2000) obtiene que más de las tres cuartas partes de las mujeres maltratadas sufren al menos depresión leve, y hasta una de cada tres están gravemente deprimidas. En la misma línea, Kim-Godwin, Maume y Fox (2014) obtuvieron que el 32,2% de su muestra presentaba índices elevados de depresión, encontrando que un mayor nivel de violencia predecía mayor sintomatología depresiva. Umubyeyi y cols. (2014) obtienen unas tasas del 23,3% de depresión mayor en periodos recientes, que asciende al 26,5% si se tiene en cuenta la presencia de depresión en algún momento de la vida. Dougé y cols. (2014) revelan cómo en términos generales encuentran mayor asociación entre maltrato en la pareja y sintomatología depresiva (y mayor presencia entre las que sufren maltrato frente a las que no), especialmente si la violencia es reciente.

En torno a la depresión posparto, Failsa-Cury y cols. (2013) obtuvieron que el 27,9% de las mujeres evaluadas en un hospital con presencia de VGP presentaban depresión posparto, y que esta relación era más fuerte con la violencia actual frente a la pasada. Connelly y cols. (2013), por su parte, obtuvieron un porcentaje del 20,3% en mujeres con depresión en el parto en una amplia muestra de 1868 mujeres latinas. En España, se encontró la presencia de depresión en un 15% de mujeres víctimas de violencia psicológica durante su embarazo (Escribà-Agüi y cols., 2013).

Se ha observado que aquellas víctimas de maltrato que llevan seis meses o más sin sufrir VGP presentan una disminución de la sintomatología depresiva (Amor y cols., 2006), de tal modo que se entiende que cuando el maltrato, fuente principal de estrés de la víctima, desaparece, los síntomas depresivos descienden notablemente. No obstante, en algunas ocasiones se percibe un aumento de dicha sintomatología tras abandonar la relación, hecho que se ha interpretado como que factores como la falta de recursos económicos, pérdida de amistades, soledad, dificultades jurídicas y posibles amenazas de la expareja pueden estar actuando e influenciando el estado anímico de la víctima (Ruiz-Jarabo y Blanco Prieto, 2007).

En España se ha encontrado que las mujeres que no denuncian su situación de maltrato, así como aquellas que permanecen en el hogar con el agresor, muestran mayores niveles de sintomatología depresiva (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002). También se han encontrado mayores índices de depresión en mujeres víctimas de VG de otros colectivos, como las mujeres refugiadas, y las mujeres ingresadas psiquiátricamente, en comparación con las mujeres de esos colectivos que no han sufrido VGP (Humphreys y Thiara, 2003). En la *Tabla 3.3.* se recoge un resumen de estos datos y de otros encontrados en la materia.

Tabla 3.3. Estudios sobre prevalencia de sintomatología depresiva en víctimas de VGP

Autor	Año	Síndrome	%	Muestra
Echeburúa y cols.	1997	Depresión	64-68%	164
Golding	1999	Depresión	Media de 47,6 (15-83%)	Meta-análisis
O'Leary	1999	Depresión mayor	38% (más relacionado con MT psicol. que físico)	50
Kernick y cols.	2000	Depresión leve Depresión grave	Más de un 75% 25%	1350
Amor y cols.	2001	Depresión	50,5%-67,5%	250
Matud Aznar	2004	Depresión	17,4%	270
Amor y cols.	2006	Depresión	10,2%-21,3%	Diversos estudios
Chen y cols.	2009	Depresión	64,5 %	146
Rivas-Díez y Sánchez-López	2012	Niveles altos de depresión	60,8%%	97
Failsa-Cury y cols.	2013	Depresión postparto	27,9%	702

Connelly y cols.	2013	Depresión postparto	20,4%	1868
Escribà-Agüir y cols.	2013	Depresión embarazo	15%	1400
Umubyeyi y cols.	2014	Depresión mayor (reciente)	23,3%	477
		Depresión mayor (en algún momento)	26,5%	
Kim-Godwin y cols.	2014	Depresión	32,2%	291
Labra	2014	Depresión grave	30,7%	202
		Depresión media	27,2%	
		Depresión leve	19,8%	

Es relevante recordar que la frecuencia de la depresión en las mujeres es casi dos veces mayor que en los hombres (Culbertson, 1997), y parece necesario plantearse si pese a las numerosas teorías biológicas que intentan explicar este hecho, no tendrá mayor contribución la vivencia por parte de las mujeres de las desigualdades de sexo, entre ellas la violencia de género, en el desarrollo de sintomatología depresiva (Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004).

3.3.3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Este trastorno aparece cuando las personas se ven sometidas a una situación de estrés (sufrir o ser testigo de una agresión física o una amenaza para su vida o la de otra persona) en las que se sienten sobrepasadas y sin salida, que provoca una reacción intensa de miedo, horror o indefensión. Los síntomas más comunes son: revivir una y otra vez el acontecimiento, sentirse con anestesia emocional, dificultades para dormir o concentrarse y estar constantemente alerta. La violación, el abuso sexual en la infancia y la violencia de pareja están entre las causas más comunes de este trastorno en las mujeres (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2007).

Aunque los expertos consideran que el TEPT es el diagnóstico más adecuado para muchas de las víctimas de VGP (Browne, 1993; Walker, 2012; Montañez, 2013; Robertiello, 2006), en la actualidad se está empezando a afrontar este problema como un “trauma complejo”, que se diferencia esencialmente de los estresores clásicos en que las agresiones a las víctimas no solo son intencionales, sino que se mantienen de forma prolongada y repetida, lo que termina vivenciándose de manera muy diferente a la violencia ocasional y sin intencionalidad concreta.

En cuanto a las tasas de prevalencia, se han encontrado cifras muy elevadas de TEPT en mujeres maltratadas, siendo la prevalencia más similar a las víctimas de agresiones sexuales (70%) y significativamente superior a la de población general de mujeres (que oscila entre el 1,3% y el 12,3%) (en Amor y cols., 2006). De este modo, un metaanálisis publicado en 1999 por Golding señala una media de 63,8% de TEPT en víctimas de VGP, y en España, Echeburúa, Corral y cols. (2002) obtienen que un 46% de las mujeres víctimas de malos tratos desarrollar sintomatología de TEPT. Por su parte, Rivas-Díez y Sánchez-López obtienen en una muestra chilena que una gran mayoría (75,3%) de las mujeres analizadas presentaban TEPT.

Sin duda, el trastorno de estrés postraumático ha sido el síndrome clínico que más se ha estudiado en la población de mujeres maltratadas. En la *Tabla 3.4.* se muestra un resumen de lo que han obtenido diversos estudios sobre la materia:

Tabla 3.4.: Estudios sobre prevalencia del TEPT en víctimas de VGP

Autor	Año	Síndrome	%	Muestra
Astin y cols.	1995	TEPT	58%	50
		Subsíndrome TEPT	25,2%	
Echeburúa y cols.	1997	TEPT	55%	164
Villavencio y cols.	1999	TEPT	61,6%	71
Golding	1999	TEPT	31-84%, media de 63,8%	Meta-análisis
Cascardi, O’Leary y Schlee	1999	TEPT	45-60%	92
Riggs et al.	2000	TEPT	70%	Revisión de estudios
Mertin y Mohr	2000	TEPT	45%	100

Amor y cols.	2001	TEPT Subsíndrome TEPT	46% 16%	250
Echeburúa, Corral y cols.	2002	TEPT	46%	212
Chemtob y Carlson	2004	TEPT	50%	50
Jaramillo et al.	2006	TEPT	54,2%	199
Babcock y cols.	2008	TEPT	22%	202
Aguirre et al.	2010	TEPT Subsíndrome TEPT	40,5% 39,3%	42
Rivas-Díez y Sánchez-López	2012	TEPT	75,3%	97
Umubyeyi y cols.	2014	TEPT	19,6%	477
Labra	2014	TEPT	69,3%	202

Anderson y Banj (2012) obtienen que aquellas mujeres que habían estado expuestas a violencia de género en el hogar en su infancia, y habían experimentado episodios donde la policía había tenido que intervenir, mostraban más sintomatología de TEPT que aquellas en cuya infancia no recordaban episodios policiales motivados por la violencia de género entre sus padres.

Es destacable también que un considerable porcentaje de mujeres maltratadas se ven afectadas por el denominado *subsíndrome de estrés postraumático*, que consiste en la presencia de dos de los tres criterios diagnósticos, siendo necesario que uno de ellos sea el de reexperimentación, y el otro la evitación o hiperactivación (Amor y cols., 2006). De este modo, Amor y cols. (2001) obtuvieron en su muestra que además de un 46% de mujeres que presentan TEPT, existe un 16% que cumplen los criterios para el subsíndrome de estrés postraumático. Por tanto, según este estudio, tan solo una de cada tres víctimas que acude a tratamiento psicológico no presenta sintomatología clínicamente relevante para este diagnóstico. Estos autores encontraron que las mujeres que presentaban un mayor estrés postraumático eran aquellas que habían sido forzadas sexualmente por parte de su pareja, y aquellas en las que el maltrato ocurrió con carácter más reciente, por lo que encuentran una asociación tanto entre la inmediatez del suceso traumático como en el carácter humillante y vejatorio de la violencia sexual, con la gravedad del TEPT. De este modo, las investigaciones

parecen señalar de manera más clara el maltrato sexual dentro de la pareja como un predictor del TEPT (Amor y cols., 2002; Bennice, Resick, Mechanic y Astin, 2003; Kemp, Green, Hovanitz, y Rawlings, 1995; citados en Sarasua y cols., 2007).

Los estudios de comorbilidad del TEPT muestran una fuerte asociación con la presencia de sintomatología depresiva, abuso y dependencia de drogas y alcohol, migrañas y problemas del sistema inmune (Cascardi, O'Leary y Schlee, 1999; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Stein y Kennedy, 2001; Sarasua, y cols., 2007; Robertiello, 2006).

Finalmente, es destacable que mientras que algunos autores encuentran que muchas mujeres recuperan su salud mental tras abandonar la relación violenta, (Campbell, Sullivan y Davidson, 1995), otros detectan más persistencia y presencia a largo plazo de la sintomatología TEPT, encontrando presencia de síntomas postraumáticos en un 44-66% de las mujeres que habían finalizado la relación violenta pasados 9 años de media (Robert y cols., 2006; citados por Wong y Mellor, 2014; Woods, 2000).

3.3.4. SUICIDIO.

Para algunas mujeres, la experiencia de maltrato es tan dura y ven tan pocas posibilidades de salir de su situación, que llegan a atentar contra sus vidas, siendo más probable la aparición de ideas o intentos de suicidio (Echeburúa, Corral y cols., 2002). En este sentido, sufrir violencia doméstica se convertiría en un factor de riesgo para la aparición de ideas o intentos de suicidio en las víctimas (Krug y cols., 2002; Amor y cols., 2006; Andrews y cols., 2011; Olsen, McVeigh, Wunsch-Hitzig y Rickert, 2007; Pico-Alfonso y cols., 2006; Reviere y cols., 2007). Así, como señala el informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001), la ideación suicida es significativamente superior en aquellas mujeres que han vivido malos tratos.

Golding (1999), en su amplio meta-análisis, encuentra tasas de prevalencia del suicidio muy variadas en los diferentes estudios, oscilando entre un 4,6% y un 77% (con una

media ponderada del 17,9%). Estudios realizados en Nicaragua, Suecia y EEUU estiman que estas mujeres cometen cinco veces más tentativas de suicidio que las que no están en situación de maltrato (Stark y Flitcraft, 1991; citados en Ruiz-Jarabo y Blanco, 2007). En este sentido, Rhodes, Lauderdale, Howes y Levinson (2002) encuentran que de todas las mujeres que acuden a urgencias, aquellas que son maltratadas presentan una probabilidad cinco veces mayor de intentos de suicidio que las que no lo son. Otros autores encuentran una tasa cuatro veces mayor en las mujeres maltratadas frente a las que no lo son (Schafer y cols., 1998; Villavencio y Sebastián, 2001; citados en Lasheras y Pires, 2003; Kernic, Wolf y Holt, 2000), relacionándolo en muchos casos con el agotamiento psíquico y emocional. En España, se han encontrado tasas de prevalencia de un 32,5% de intentos de suicidio en mujeres maltratadas (Villavencio y Sebastián, 1999). Un resumen de estos datos se presenta en la *Tabla 3.5*.

Por otra parte, se ha constatado asociación fuerte entre las tendencias suicidas y los síntomas depresivos (Echeburúa y cols., 2002; Amor y cols., 2006), así como con la presencia de aislamiento social (Blaauw y cols., 2002; citados en Rincón, 2003).

Tabla 3.5. Estudios sobre prevalencia de intentos de suicidio en VGP.

Autor	Año	Síndrome	%	Muestra
Golding	1999	Suicidio	4,6-77%, media de 17,9%	Meta-análisis
Stark y Flitcraft	1991	Intento suicidio	25%	Revisión de estudios
Villavencio y Sebastián	1999	Intento de suicidio	32,5%	80
Rhodes y cols.	2002	Intento suicidio urgencias	5 veces más probabilidad	248

3.3.5. ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS.

En general, se ha encontrado presencia de mayor abuso de alcohol y/o sustancias en mujeres víctimas de maltrato frente a población general (Caetano y Cunradi, 2003; Carbone-López, Kruttschnitt y Macmillan, 2006; OMS, 2013). Y es que envueltas en una relación maltratante, algunas víctimas recurren al consumo excesivo de medicamentos (ej.: ansiolíticos), de alcohol, y en ocasiones, de otro tipo de drogas, como estrategia para intentar superar el malestar físico o emocional generado por una situación de maltrato crónica. Se ha encontrado que la cantidad de consumo de estas sustancias guarda relación con la gravedad de la violencia sufrida y con el grado de amenaza percibido. En este sentido, Clark y Foy (2000, citados en Echeburúa, Amor y cols., 2002) encuentran que a mayor gravedad de la violencia sufrida, mayor es el consumo de alcohol. Por el contrario, aquellas víctimas que han logrado salir de la relación violenta tienden a reducir su consumo de alcohol, incluso sin ayuda terapéutica (Eberle, 1982, citado en Amor y cols. 2006; Walker, 2012).

En su metaanálisis, Golding (1999) encuentra una prevalencia de abuso/dependencia de alcohol entre el 6,6 y el 44% (con una media ponderada del 18,5%).

Bergman (1989; citados en Ruiz-Jarabo y Blanco Prieto, 2007) encontró que el 65% de las mujeres alcohólicas habían sido golpeadas por su marido. Por su parte, Kilpatrick (1997; citado en Ruiz-Jarabo y Blanco, 2007) demostró que las conductas de abuso de alcohol son posteriores al maltrato.

Connelly y cols. (2013), en un estudio con mujeres durante su embarazo y parto, que a su vez eran víctimas de VGP, encontraron que el 20,9% informaba de problemas con la bebida, un 4,3% manifestaba consumo de drogas, y un 23% expresó problemas con otras sustancias.

Los estudios longitudinales parecen demostrar una relación bidireccional entre el abuso de alcohol y la violencia en la pareja; por un lado hay una asociación positiva entre la violencia recibida por las mujeres en la pareja y el consecuente abuso de alcohol, y también se ha encontrado una relación positiva en el sentido contrario, entre el consumo de alcohol y la consecuente violencia de pareja (WHO, 2013).

En cuanto al consumo de fármacos, un estudio de la Generalitat Valenciana (1997, citado en Echeburúa y cols., 2002) encontró que una de cada tres víctimas consume fármacos (tranquilizantes, antidepresivos, etc.), si bien la mayoría (un 91,30%) lo hacía por prescripción facultativa. Matud (2004) señala en su estudio que el tipo de medicamento consumido con mayor frecuencia son los ansiolíticos (22%), seguido de los antidepresivos (15%), y en menor medida los antiinflamatorios y los calmantes (2,2% y 2% respectivamente).

Respecto al abuso de drogas, se ha visto especialmente asociado a las mujeres maltratadas más jóvenes. En concreto, según Golding (1999), la tasa de prevalencia de abuso/dependencia de otras drogas oscila entre el 7 y el 25%, con una media del 8,9% de las víctimas, superando el promedio de la población (4-6%) (Anthony y Helzer, 1991; citados en Echeburúa, Corral y cols., 2002; Kessler y cols. 1994). Un resumen de todos estos datos se presenta en la *Tabla 3.6.*

Tabla 3.6.: Estudios sobre prevalencia de abuso de alcohol, medicamentos y otras drogas, en VGP.

Autor	Año	Consumo de:	%	Muestra
Generalitat Valenciana	1997	Fármacos	1 de cada 3 víctimas	524
Golding	1999	Alcohol Otras drogas	6,6-44% (media de 18,5%) 7-25% (media de 8,9%)	Meta-análisis
Matud	2004	Ansiolíticos Antidepresivos Antiinflamatorios Calmantes	22% 15% 2,2% 2%	270
Connolly y cols.	2013	Alcohol Abuso de drogas Problemas con otras sustancias	20,9% 4,3% 23%	1868

3.3.6. AUTOESTIMA.

Las investigaciones muestran como las mujeres maltratadas presentan niveles más bajos de autoestima que las mujeres no maltratadas (Matud, 2004; Amor y cols., 2006; Amor y cols., 2002; Pico-Alfonso, 2006; Carbone-López y cols., 2006), convirtiéndose esta baja autovaloración en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva, y una dificultad adicional para salir de la relación maltratante (Cascardi y O'Leary, 1992; Aguilar y Nichtingale, 1994; citados en Amor y cols., 2006; Barnett 2001, citado en Calvete, Estévez y Corral, 2007).

En esta dirección, Amor, y cols. (2001) encuentran que el 56% de las mujeres maltratadas presentan una autoestima más baja que la población general. Un estudio de Lynch y Grahman-Bermann (2010) que comparaba mujeres que han sufrido maltrato alguna vez en su vida, con un grupo de mujeres que lo han sufrido en el último año, y otro grupo de mujeres que nunca lo han sufrido, encontró que la violencia psicológica y la autoafirmación predecían el nivel de autoestima solo en las mujeres que mantenían la relación maltratante. Estos autores lo interpretan como que es probable que las mujeres que han vivido VGP puedan volver a depender solo de su valoración personal para tener un adecuado nivel de autoestima, sin requerir otras fuentes de afirmación, al cabo de un año de dejar la relación.

El desarrollo de una baja autoestima en víctimas de violencia se ha relacionado con la tendencia a culparse ellas por lo sucedido, de manera que pierden su auto-confianza (Dutton y cols., 1994; citados en Montañés y Moyano, 2006), así como por las constantes críticas y descalificaciones a que son sometidas por parte de su pareja agresora, y el aislamiento en el que se ven envueltas, que las privan de otras fuentes de refuerzo social (Lynch y Graham-Berman, 2010). Es interesante resaltar los estudios sobre psicopatología general señalan que tanto la baja autoestima como una culpa elevada aumentan la probabilidad de desarrollar un episodio depresivo mayor (Kouros, Morris y Garber, 2015).

Por otra parte, Villavencio y Sebastián (1999) defienden que tener personas con quien hablar de la situación vivida y de los problemas que van surgiendo (apoyo social percibido actual), y sentirse segura y respaldada, proporcionan un mayor grado de bienestar y un aumento de la autoestima de las mujeres que sufren VGP.

3.3.7. CULPABILIDAD Y VERGÜENZA.

Cada vez más estudios ponen de relevancia la importancia del rol del autodiálogo negativo de la víctima, del tipo “fue mi culpa”. Algunas mujeres maltratadas, aunque no sea cierto, de algún modo se sienten responsables del maltrato que sufren (locus de control interno), y por tanto, pueden culparse por ello y encontrarse anímicamente más bajas que las que están convencidas de que no tienen ninguna responsabilidad en la violencia que sufren, es decir, cuentan con un locus de control externo. En este sentido, Walker (1979) señala que aquellas mujeres que se culpan, tienen más probabilidad de presentar sintomatología depresiva.

Las investigaciones científicas entienden que la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza son una consecuencia asociada a la violencia masculina en la pareja (Krug y cols., 2002). Se ha encontrado amplia variabilidad de presencia de culpabilidad por la violencia en los estudios, oscilando entre un 12,5% y un 96,5% (O’Leary y cols., 1994; Kubany y cols., 1996; citados en Amor y cols., 2006). En España, Polo (2001; citada en Escudero y cols., 2005b) obtuvo que el 37,3% de las participantes se culparon de ser las responsables de la violencia de su pareja. No obstante, no siempre las mujeres se culpan del maltrato, encontrándose que a medida que se incrementa la gravedad de la violencia, existe más probabilidad que la mujer culpe al maltratador (Frieze, 1979; citado en Amor y cols., 2006).

Se ha encontrado un importante papel de los sentimientos de vergüenza en personas que han experimentado un trauma relacional, especialmente en relación con la sintomatología postraumática, y asociado con problemas clínicos duraderos (Budden, 2009; Dorahy, 2010; Dorahy y Clearwater, 2012; Harvey y cols., 2012; Sterwart y Dadson, 2011; Dyer y cols., 2009; Feiring y Taska, 2005; citados en Popa, 2013). En este sentido, se observó cómo los sentimientos de vergüenza predicen los síntomas de TEPT en víctimas de violencia de género (Andrews y cols., 2010; citados en Popa, 2013).

Según Montero (2001), el origen de esta culpa está estrechamente vinculado con las autoevaluaciones corrompidas por el proceso de desorientación y la hostilidad del entorno, que afecta directamente a la búsqueda por parte de la mujer de apoyo exterior y un factor que impide a las víctimas a tomar estrategias activas y poner fin al abuso. Se ha sugerido también

(Escudero y cols., 2005b) que la autoinculpación cumple una función defensiva contra el sentimiento de victimización, en el sentido que culpándose a sí misma, la mujer “recupera” algún sentido del control de lo que ocurre (“*Si es mi culpa, yo lo puedo cambiar*”).

Por otra parte, como señalan Amor y cols., (2006), los sentimientos de culpa pueden provenir de las atribuciones que hacen con respecto a su personalidad (sentirse con poco valor o inferiores), a su conducta (tener sentimientos ambivalentes hacia su pareja, sentirse incapaces de proteger de la violencia a sus hijos e hijas...), así como la transgresión de las normas autoimpuestas (por ejemplo, pensar que los problemas de pareja no deben salir al exterior). No obstante, esta tendencia a autoinculparse, muy presente durante la relación de pareja, parece que se logra ir diluyendo a medida que la mujer rompe la relación.

3.3.8. SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA

Las víctimas de la violencia de pareja tienen más riesgo de desarrollar trastornos psicosomáticos, y este tipo de violencia se ha asociado consistentemente con una serie de “trastornos funcionales” que a menudo no tienen causa médica discernible, como son el colon irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo (úlceras estomacales, diarrea, indigestiones frecuentes) y diversos síndromes de dolor crónico (Ospina y cols., 2006; Krug y cols., 2002; Coker, Smith, Thompson, McKeow y Bethea, 2004).

Matud (2004) obtiene diferencias significativas en sintomatología somática entre las mujeres maltratadas y no maltratadas, con una media del 9,85% en las víctimas de VGP. Además, encuentra que el 12% de las víctimas presentan problemas de tipo osteomuscular.

3.3.9. INADAPTACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA.

Las mujeres que han sufrido más años de maltrato, así como aquellas que presentan antecedentes de violencia en su familia de origen son las que manifiestan un mayor grado de inadaptación en su vida cotidiana (Amor y cols., 2002). Amor y cols. (2001) obtienen que el 71% de las mujeres maltratadas presentan un nivel muy alto de inadaptación, interpretando que el maltrato interfiere con el funcionamiento diario de estas personas.

Labra (2014) encuentra en un estudio con 202 mujeres chilenas maltratadas, que un 26,2% no presentaba inadaptación, y que la gran mayoría si refería sufrir inadaptación (73,8%), especialmente en el área de pareja, seguido de una inadaptación de sentido más general, y en tercer lugar, en la familia.

En este sentido, Vázquez y Sanz (1999) plantean que en una relación de maltrato se producen una serie de hechos que llevan a una inadaptación global de la víctima de VGP: a) aislamiento social; b) aparición de cuadros clínicos; c) alteración de las relaciones familiares (tanto de hijos como de familia extensa); y d) bajo rendimiento laboral o pérdida de trabajo

Para finalizar este capítulo, se adjunta la *Tabla 3.7.* con las principales aportaciones en relación con la psicopatología presente en víctimas de VGP.

Tabla 3.7. RESUMEN DE PSICOPATOLOGÍA EN VGP.

TEMA	ESTUDIO	EVIDENCIA EMPÍRICA
SALUD MENTAL	APA (1999)	– Alta prevalencia de consecuencias agudas y crónicas en salud mental y física como resultado de la VG
	Krug y cols. (2002)	– Las consecuencias persisten aunque el maltrato haya desaparecido – Cuanto más severo el maltrato, mayor impacto en la salud mental y física. – Sufrir diferentes tipos de malos tratos y múltiples episodios tiene un efecto acumulativo
	Matud Aznar (2004)	– Síntomas más presentes: depresión, ansiedad, disminución de la autoestima y trastorno de estrés postraumático, así como la presencia de abuso de sustancias, e intentos de suicidio, sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia emocional.
	Lorente (2001)	– El 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves. – Destacan: ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio, sentimientos de culpa, aislamiento social, dependencia hacia el maltratador, y sintomatología somática severa.
	Matud (2005); Golding, (1999); Bermúdez y Matud (2009); Robertiello (2006)	– Los trastornos más prevalentes son: estrés postraumático, seguido de la depresión y otros trastornos de ansiedad, y en menor medida los trastornos de estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de alimentación, alcoholismo y drogodependencia.
	Matud Aznar (2004 y 2005); Dorahy (2007)	– Las mujeres que ya no están bajo el maltrato tienen mejores índices de salud frente a las que permanecen en la relación violenta.
	Campbell (2001)	– Existe evidencia de que los efectos en la salud se mantienen a largo plazo incluso aunque el abuso haya terminado.
	Bermúdez y cols. (2009)	– Peor salud mental en las mujeres que han sufrido más formas de violencia y un maltrato más intenso por parte de sus parejas.
	Yoshihama y Horrocks (2002)	– La violencia psicológica está asociada con el malestar psicológico.
	Riggs y cols., (2000)	– La presencia de psicopatología puede ser considerado como un indicador de la presencia de VGP.
	Amor y cols. (2006)	– Facilitan la permanencia de la mujer en la relación de VGP: baja autoestima, culpabilidad, y bajo nivel de asertividad, ansiedad elevada.
	Preciado-Gavidia (2010)	– Facilita la ruptura de relación violenta: la autonomía, buen control emocional, buena autoestima, ausencia de síntomas y trastornos emocionales (depresión, TEPT).
ANSIEDAD	Prieto (2014)	– Es el tercer grupo más prevalente, con la depresión y el TEPT.
	Matud Aznar (2004)	– Prevalencia de ansiedad en su muestra (n=270) = 15,8%
	Amor y cols. (2001)	– Prevalencia de ansiedad (n=250) = 83%

	Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez (2004)	– Prevalencia de ansiedad (revisión de estudios) = 16,4%-54,4%
	Echeburúa et al. (1997)	– Prevalencia de ansiedad (n=164) = 15,8%
	Gleason (1993)	– Mayor prevalencia de fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y TEPT en las mujeres maltratadas frente a la muestra epidemiológica.
	Umubyeyi y cols. (2014)	– 39,2% de prevalencia de TAG.
	Rivas-Díez y Sánchez-López (2012)	– El 60,8% presentaban niveles altos de ansiedad.
DEPRESIÓN	Wong y Mellor (2014)	– Sufrir VGP es considerado como el mayor riesgo psicosocial para desarrollar depresión.
	Golding (1999)	– Prevalencia (meta-análisis): media de 47,5 (15-83%).
	O'Leary (1999)	– Prevalencia (N=50): 38% (más relacionado con maltrato psicológico que físico).
	Echeburúa y cols. (1997)	– Prevalencia (N=164) = 64-68%
	Chen, y cols. (2009)	– Prevalencia (N=146) = 64,5%
	Matud Aznar (2004)	– Prevalencia (N=270) = 17,4%
	Amor y cols. (2006)	– Prevalencia (Diversos estudios) = 10,2%-21,3% – Mujeres que lleva más de 6 meses sin relación de VGP disminuyen la sintomatología depresiva.
	Amor y cols. (2001)	– Prevalencia (N=250) = 50,5%-67,5%
	Kernic y cols. (2000)	– Prevalencia (N=1350) = +75% (depresión leve) y 25% (depresión grave)
	Amor y cols. (2002)	– Las que permanecen en relación violenta y las que no denuncian tienen más niveles de sintomatología depresiva.
	Kim-Godwin y cols. (2014)	– 32,2% de prevalencia en depresión.
	Failsa-Cury y cols. (2013)	– 27,9% de depresión postparto.
	Connolly y cols. (2013)	– 20,4% en depresión postparto.
	Escribà-Agüir y cols. (2013)	– 15% de depresión durante el embarazo.
	Umubyeyi y cols. (2014)	– Un 23,3% presentaba episodios de depresión mayor recientes, y un 6,5% episodios de depresión mayor en algún momento de su vida.

	Dougé y cols. (2014)	– Mayor asociación entre maltrato de pareja y sintomatología depresiva (y mayor entre las que sufren maltrato y esta violencia es reciente).
	Rivas-Díez y Sánchez-López (2012)	– Un 60,8% de su muestra presentaba niveles altos de depresión.
	Labra (2014)	– La mayor parte de su muestra de mujeres maltratadas chilena presentaba sintomatología depresiva (un 30,7% depresión grave, un 27,2% depresión media, y un 19,8% depresión leve).
TEPT	Browne (1993); Walker (2012); Montañez (2013) Robertiello (2006)	– Es el diagnóstico más adecuado para muchas de las víctimas de VGP.
	Amor y cols. (2006)	– Prevalencia del 70% de TEPT en maltratadas (similar a las agresiones sexuales), siendo significativamente superior a la de población general de mujeres (1,3%-12,3%).
	Golding (1999)	– Prevalencia (N=100) = 45%
	Mertin y Mohr (2000)	– Prevalencia (N=71) = 61,6%%
	Villavencio y cols. (1999)	– Prevalencia (N=164) = 55%
	Echeburúa y cols. (1997)	– Prevalencia (N=164) = 55%
	Echeburúa, Corral y cols. (2002)	– Prevalencia (N=212) = 46%
	Riggs et al.. (2000)	– Prevalencia (Revisión de estudios) = 70%
	Chemtob y Carlson (2004)	– Prevalencia (N=50) = 50%
	Cascardi y cols. (1999)	– Prevalencia (N=92) = 45-60%
	Aguirre y cols. (2010)	– Prevalencia (N=42) = 40,5% para TEPT y 39,3% para subsíndrome TEPT
	Astin y cols. (1995)	– Prevalencia (N=50) = 58% para TEPT y 25,2% para subsíndrome TEPT.
	Amor y cols. (2001)	– Prevalencia (N=250) = 46% para TEPT y 16% para subsíndrome TEPT – Más probabilidad de TEPT en las que han sido forzadas sexualmente por su pareja y las que el maltrato es más reciente.
	Jaramillo y cols. (2003)	– Prevalencia (N=199) = 54,2%
	Amor y cols. (2002); Bennice y cols. (2003);	– El maltrato sexual dentro de la pareja es un predictor del TEPT

	Kemp y cols. (2007)	
	Robert y cols. (2006; citados por Wong y Mellor, 2014; Woods 2000)	– Encuentran presencia de síntomas postraumáticos en un 44-60% de las mujeres que habían finalizado una relación violenta pasados 9 años de media.
	Umubyeyi y cols. (2014)	– Un 19,6% de su muestra presentaba TEPT.
	Rivas-Díez y Sánchez-López (2012)	– El 75,3% de su muestra de mujeres maltratadas presentaba TEPT.
	Labra (2014)	– Prevalencia del 22% de TEPT.
	Babcok y cols. (2008)	– Un 69,3% de la muestra de mujeres chilenas maltratadas presentaban TEPT
AUTO-ESTIMA	Cascardi y O’Leary (1992); Aguilar y Nightingale (1994); citados en Amor y cols., 2006; Barnett 2001, citado en Calvete y cols. (2007)	– Una baja autovaloración en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva, y una dificultad adicional para salir de la relación maltratante
CULPA	Krug y cols. (1996)	– Los sentimientos de culpa son una consecuencia asociada a la violencia masculina en la pareja.
	O’Leary et al.(1994); Kubany y cols., 1996; citados en Amor y cols., 2006)	– Prevalencia de sentimientos de culpa que oscilan entre un 12,5% y un 96,5%
	Polo (2001; citada por Escudero y cols., 2005b)	– El 37,3% de las mujeres se culparon de ser las responsables de la violencia de pareja.
SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA	Ospina y cols.(2006); Krug y cols. (2002); Coker y cols. (2004)	– Las víctimas de la violencia de pareja tienen más riesgo de desarrollar trastornos psicosomáticos, y este tipo de violencia se ha asociado consistentemente con una serie de “trastornos funcionales” y síndromes del dolor crónico.
	Matud (2004)	– Media de 9,85% de sintomatología somática.

CAPÍTULO 4: MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE VGP, PSICOPATOLOGÍA, Y OTRAS VARIABLES INTERVINIENTES:

En este apartado resaltamos aquellas investigaciones que aportan luz buscando si existen variables intermedias que afectan a la relación entre la intensidad del maltrato y la psicopatología existente, bien sea actuando como mediadores o moderadores (es decir, que enlazan lo aportado entre los capítulos 1-3 de este trabajo).

Se han realizado muchos estudios sobre la relación entre el trauma y la psicopatología consecuente. Sin embargo, los resultados de muchos autores sugieren que la relación existente entre ambos conceptos no es siempre directa, y que existen variables mediadoras y/o moduladoras que interfieren entre en la relación entre ambos, pudiendo explicar por qué las mujeres víctimas no experimentan el mismo impacto psicológico en situaciones de maltrato similares. Por otro lado, y aunque la relación entre VGP, apego, resiliencia, afrontamiento y psicopatología, no ha sido investigada de forma global, contamos amplia evidencia de que existen variables que afectan al modo en que este tipo de violencia se expresa a través de sus consecuencias traumáticas. A continuación exponemos los distintos estudios en función de papel dado a las variables intermedias.

Respecto a la postura que entiende el apego como un *moderador*, existe evidencia de que el apego modera el efecto del trauma incrementando la vulnerabilidad de desarrollar sintomatología clínica. Por ejemplo, Declercq y Willemssen (2006), en consonancia con su hipótesis del papel moderador del apego, obtienen que el apego temeroso y preocupado están asociados con mayor sintomatología TEPT, mientras que el apego seguro está asociado con menores puntuaciones de estrés postraumático. Teniendo en cuenta el modelo bidimensional del apego (Ansiedad y Evitación), sólo el factor ansiedad estuvo asociado con TEPT,

concluyendo que los estilos de apego caracterizados por altos niveles de ansiedad (temeroso y preocupado) parecen incrementar el riesgo de sintomatología TEPT después de un trauma.

Por otra parte, los estudios realizados por Scott y Babcock (2010) apoyan la idea del papel moderador del apego adulto en las consecuencias psicopatológicas de la violencia de pareja, centrándose también en la sintomatología TEPT. Estos autores, encuentran en su estudio que tanto la dimensión de apego “Ansiedad” como la “Dependencia” modulan la relación entre el maltrato y los síntomas postraumáticos (sin encontrar este rol en la variable “Cercanía”). Concretamente, en condiciones de alta dependencia y ansiedad, el estilo de apego fortalece la relación entre VGP y los síntomas de TEPT (lo que sugiere que el de apego inseguro pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de dicha sintomatología). Por el contrario, en condiciones de baja dependencia y ansiedad, la relación entre VGP y TEPT se debilita (mostrándose la baja ansiedad y dependencia como un factor protector contra el desarrollo de TEPT). Estos resultados apoyan la idea de que el apego puede explicar por qué algunas víctimas de maltrato son más susceptibles a desarrollar sintomatología de TEPT que otras.

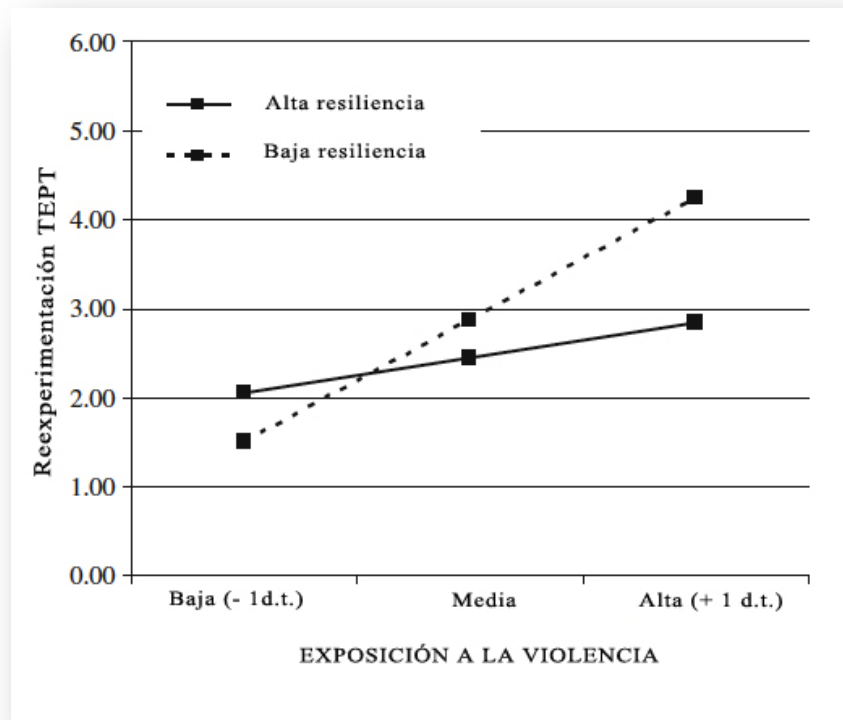
La Flair, Badshaw, Mendelson y Campbell (2015) entienden, por su parte, que el apego inseguro actúa como una variable moderadora entre la VGP y el riesgo de sintomatología psiquiátrica (concretamente sintomatología postraumática y depresiva). Sus resultados sugieren que la dimensión “ansiedad” del apego (en un modelo bidimensional) aporta vulnerabilidad a la depresión posterior al conflicto, y subraya la importancia de la seguridad en el apego a la hora de intervenir con víctimas de violencia.

Otro estudio defiende el papel moderador del apego entre haber sufrido abuso en la infancia y el desarrollo de sintomatología postraumática, entendiendo que actúa como un factor protector o de vulnerabilidad (Busuito, Huth-Bocks y Puro, 2014). Los resultados de estos autores indican que altos niveles en las dimensiones ansiedad y evitación están relacionadas con mayor sintomatología TEPT, especialmente en aquellas mujeres que presentaban altas puntuaciones en evitación.

Saltando del apego a la resiliencia, Zahradnik y cols. (2010) defienden el papel moderador de la resiliencia entre la exposición a violencia y la reexperimentación postraumática en jóvenes (ver *Figura 4.1.*). Los resultados postulan que la resiliencia actúa

como un factor protector que protege a algunas personas de las consecuencias negativas en la salud mental frente al trauma de la violencia.

Figura 4.1.: Efectos diferenciales de la exposición a la violencia en la reexperimentación TEPT en función de niveles altos y bajos de resiliencia
(FUENTE: Zahradnik y cols., 2010)



Otro grupo de investigaciones defiende el papel *mediador* del apego, encontrando numerosos estudios que documentan el efecto negativo del trauma en el desarrollo del apego. En concreto, estos estudios han encontrado que tanto los estilos preocupado como temeroso (caracterizados por un negativo modelo de sí mismos y ansiedad) están más presentes en muestras clínicas y no clínicas de personas que han experimentado un trauma en el terreno interpersonal. Por ejemplo, Henderson, Bartholomew y Dutton (1997) encontraron que el 88% de su muestra con mujeres maltratadas presentaban apego temeroso o preocupado (con un modelo negativo de sí mismo). Por su parte, Muller y Lemieux (2000), en consonancia con la hipótesis del papel mediador del apego, observaron relaciones entre apego y varias

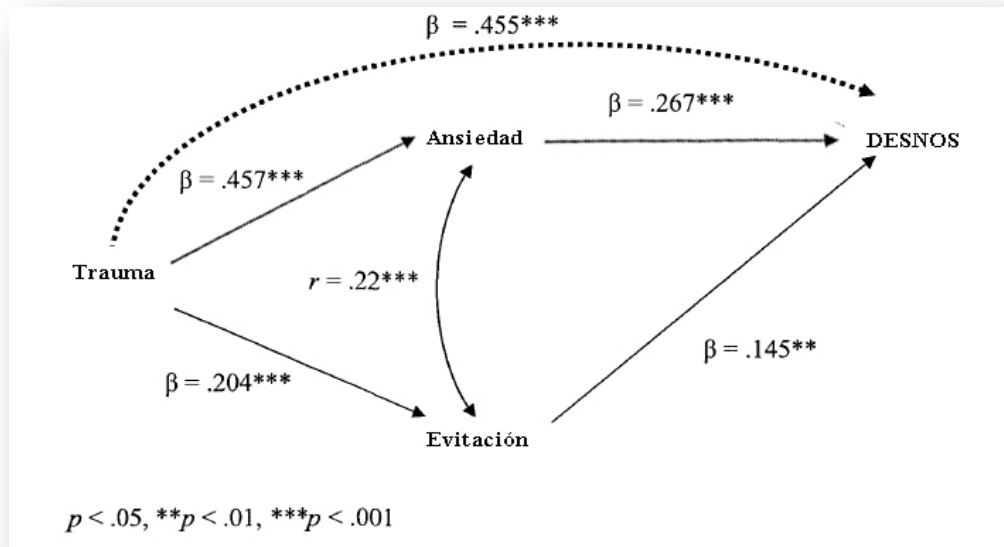
dificultades psicológicas asociadas con el trauma. Estos autores obtienen, en una muestra de personas abusadas, que el modelo negativo del self actúa como el mejor predictor de la psicopatología estudiada (depresión, ansiedad, baja autoestima, TEPT, problemas internalizados y externalizados).

Twaite y Rodriguez-Srednicku (2004; citados en Potter, 2011) observan que aquellos que han experimentado abuso físico o sexual en su infancia presentan menos apego seguro, mayores síntomas de disociación y puntuaciones más altas en TEPT, en comparación con personas que no han sido abusadas. Además, la menor presencia de apego seguro estuvo relacionada con mayor sintomatología TEPT. Estos autores sugieren que el apego actúa como un mediador de la relación entre el abuso sexual infantil y las puntuaciones TEPT.

Roche et al (1999; citados en Potter, 2011) encuentran que las mujeres que no han sido abusadas en su infancia tuvieron significativamente más apego seguro y menos apego temeroso que aquellas que sí sufrieron abusos. Además, las mujeres que habían sufrido maltrato familiar mostraron menos apego seguro y evitativo, y más apego temeroso que las que no experimentaron dicho maltrato.

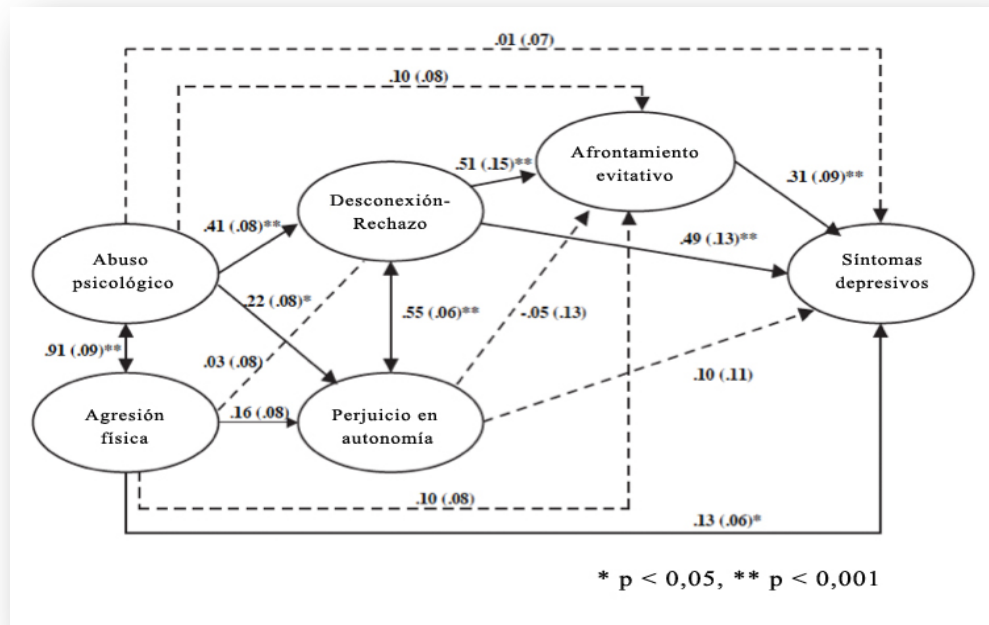
Rotter (2011) también defiende el papel mediador del apego, encontrando a través de análisis de regresión que el trauma fue un predictor tanto del factor ansiedad como el de evitación (ver *Figura 4.2.*). Este autor también intentó encontrar el papel moderador del apego entre el trauma y el Trastorno por estrés extremo (o DESNOS), sin obtener resultados positivos.

Figura 4.2. Efectos del trauma en DESNOS, mediado por las dimensiones de apego
Ansiedad y Evitación (FUENTE: Potter, 2011)



Calvete y cols. (2007) proponen que entre la VGP y la sintomatología depresiva intervienen una serie de esquemas cognitivos desadaptativos (“Desconexión-Rechazo” y “Perjuicio en la autonomía”), y que el modo de afrontamiento actúa como mediador entre estos esquemas y la depresión. Según estas autoras, las representaciones de sí mismo y de los demás, y las sensaciones de control derivadas de éstas, están vinculadas a formas eficaces y proactivas de afrontamiento; del otro lado, una baja autoconfianza y poca sensación de controlabilidad hacen más probable la evitación del problema más que el intento de afrontarlos directamente. Calvete y cols. proponen que entre la gravedad de la violencia de pareja y los efectos negativos en depresión, estarían funcionando estos dos esquemas cognitivos desadaptativos, que influyen en primer lugar en el modo de afrontamiento de la relación abusiva, y en consecuencia, al desarrollo de sintomatología clínica. Concretamente, estiman que si una mujer desarrolla creencias de que ella es la culpable del maltrato, que el maltrato es inevitable y que cuenta con pocos recursos personales para resolver la situación, probablemente no pondrá en marcha estrategias de resolución de problemas o búsqueda de apoyo, sino que más bien intentará estrategias del tipo aislamiento, evitación o negación, lo que le hará más vulnerable al desarrollo de sintomatología depresiva (ver Figura 4.3.).

Figura 4.3.: Modelo que conecta la violencia de pareja, esquemas cognitivos, afrontamiento evitativo y síntomas depresivos (FUENTE: Calvete y cols. 2007)



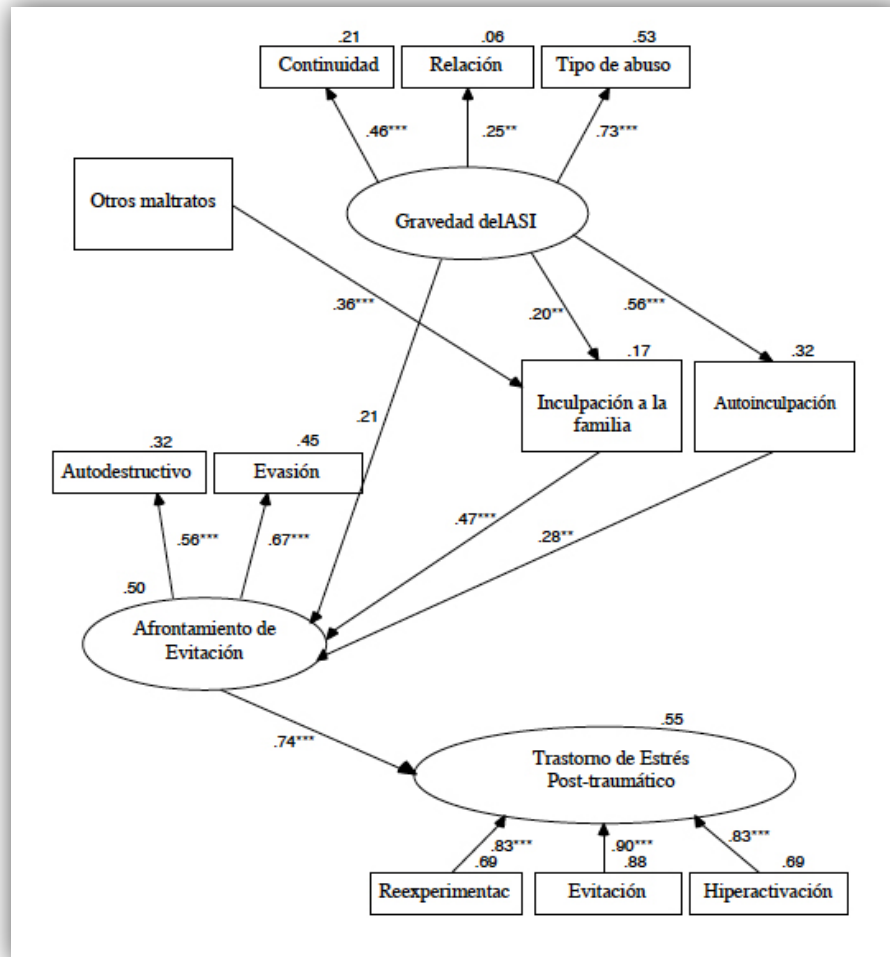
Villavicencio y Herranz (1999) desarrollaron un modelo de estrés para ver la relación existente entre los malos tratos y las reacciones traumáticas de victimización o sintomatología psicológica, entendiendo que existen una serie de variables mediadoras, como son una serie de factores personales (nivel de educación, ingresos, maltrato en la familia de origen, abusos sexuales en la infancia/adolescencia, antecedentes de VGP, y actitudes hacia el rol de la mujer), factores contextuales (apoyo de las redes sociales informales, grado de apoyo percibido, percepción de apoyo actual, y tiempo de permanencia en el centro de acogida) y estrategias de afrontamiento (cognitivas/conductuales activas y evitativas), que explicarían las diferencias sintomatológicas (medidas a través del SCL-90-R) entre las mujeres maltratadas en situaciones similares de VGP.

Las variables que mejor predijeron el ajuste personal de estas mujeres fueron el tiempo de estancia en el centro de acogida (variable contextual), las estrategias de afrontamiento de evitación (variable de afrontamiento) y haber experimentado malos tratos en la familia de origen (variable personal). Cuanto más tiempo permanecía una mujer en el centro de acogida, menores índices de malestar general (así como en las escalas somatización, depresión,

ansiedad, ansiedad fóbica, obsesión-compulsión, ideación paranoide, psicoticismo y estrés postraumático) y mayor relación con autoestima. La exposición a malos tratos durante la infancia y/o adolescencia actuó como un factor de vulnerabilidad a desarrollar determinada sintomatología (estrés postraumático, somatización, depresión, obsesión-compulsión e índice de malestar general). En cuanto al afrontamiento evitativo, esta variable explicó el desajuste en las mismas escalas que los antecedentes de maltrato familiar, y también en ansiedad, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo (explicando, como se ve, un gran número de variables que implicaban malestar psicológico).

Cantón y Justicia (2008) analizan las consecuencias a largo plazo del Abuso Sexual Infantil (ASI) en estudiantes universitarias, y concluyen que el mayor o menor ajuste psicológico de las víctimas parece influenciado en función de la estrategia de afrontamiento empleada. En concreto, observan que las estrategias evitadoras en víctimas de ASI se asociaban a mayor riesgo de desarrollo de sintomatología depresiva y a una menor autoestima. Posteriormente Cantón (2010) también estudia el papel de las estrategias de afrontamiento y de las atribuciones de culpa en el ajuste psicológico de víctimas de ASI, y elabora un modelo predictivo de sintomatología TEPT para este tipo de víctimas (ver *Figura 4.4.*). Este autor encuentra que las mujeres que han sufrido ASI, frente a las que no, desarrollan mayor sintomatología TEPT. Los resultados sugieren que las víctimas de abusos más graves presentan niveles superiores de autoinculpación, inculpación a la familia, y el empleo de estrategias de evitación. Por su parte, las estrategias de afrontamiento evitadoras (pero no las de aproximación) están relacionadas con peor ajuste psicológico. También obtiene que las atribuciones de culpa hacia una misma y la familia están relacionadas con mayor sintomatología TEPT en víctimas de ASI. Finalmente Cantón concluye que la severidad del abuso está correlacionada con atribuciones de culpa hacia uno mismo y la familia, que ambas atribuciones están asociadas a mayor uso de estrategias evitativas, que a su vez conducen a mayor severidad de sintomatología TEPT. De este modo, su estudio subraya la importancia de las atribuciones de culpa y las estrategias de afrontamiento como factores mediadores del impacto del ASI.

Figura 4.4. Modelo predictivo de la sintomatología TEPT entre las víctimas de ASI
(FUENTE: Cantón, 2010)



Interesantes son los resultados obtenidos por Sojo y Guarino (2011), que se plantean dos tipos de relación (moderación mediada, o mediación moderada) entre las variables estudiadas: desempleo, resiliencia, afrontamiento y salud. Encuentran que el afrontamiento emocional actúa como un factor mediador en la relación entre resiliencia y depresión, mientras que la resiliencia operó como un moderador del impacto de la duración del desempleo sobre el funcionamiento social, actuando como un factor protector. Finalmente, los autores optan por un modelo de moderación mediada, donde la resiliencia actuaba como moderador y el afrontamiento como factor mediador del impacto del estrés por la duración del desempleo sobre la salud.

III.

**INVESTIGACIÓN
EMPÍRICA**

CAPÍTULO 5: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

5.1. INTRODUCCIÓN:

Las aportaciones teóricas expuestas en los apartados anteriores forman la base desde la que se apoya este trabajo, a partir de los cuales surgen una serie de planteamientos expresados a través de una serie de objetivos e hipótesis que a continuación se desarrollan.

Es necesario adoptar un enfoque de género para comprender la naturaleza e impacto de la violencia contra la mujer en el ámbito de la pareja, para así poder entender que son múltiples los factores que contribuyen a la presencia, mantenimiento y posibles reparaciones de las consecuencias traumáticas del maltrato. Actualmente se han superado las primeras explicaciones reduccionistas (y en algunos casos revictimizantes) del origen de la violencia de género, y desde las instituciones, al menos en muchos países desarrollados, existe conciencia de la extensión epidemiológica de esta realidad traumática por todo el mundo, si bien aún está latente la necesidad de una mayor implantación de recursos en todos los ámbitos (jurídicos, policiales, educativos, políticos, psico-sociales, económicos, sanitarios, etc.). También parece necesario trabajar por un mayor acuerdo a la hora de operativizar los constructos evaluados, e incluso profundizar en el impacto de la violencia psicológica (ya que la mayoría de datos proceden del estudio del maltrato de naturaleza física y sexual), que aún parece encerrada “en el armario” de lo privado.

Por otro lado, este trabajo de investigación se inspira en las aportaciones que la teoría del apego proporciona a la hora de explicar la naturaleza de las vinculaciones afectivas. Desde las explicaciones iniciales centradas en la infancia, al desarrollo posterior del funcionamiento del vínculo en las etapas adultas, el concepto de apego permite un marco de trabajo en el que entender la importancia de los modelos mentales de sí mismo y de los demás, y su interacción con la regulación afectiva y conductual que son característicos de cada estilo de apego. Todo ello permitirá plantear hipótesis sobre la función el apego en mujeres víctimas de violencia de género dentro del ámbito de la pareja, esperando que de este modo se aporte luz a las dinámicas que rodean al maltrato.

También se pretende aportar información sobre otras variables que en ocasiones la literatura confunde o intercambia a la hora de hablar de recursos que permiten afrontar las dificultades, como son la resiliencia y el estilo de afrontamiento. Existe evidencia de la relación entre ambos, y también de la existencia de asociación tanto de la resiliencia como del afrontamiento con el apego, pero desde este trabajo surgen la necesidad de comprobar las relaciones entre las tres variables, para poder determinar las potencialidades protectoras o de riesgo que están en juego cuando estamos delante de una persona que sufre violencia dentro de su terreno afectivo íntimo.

5.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO:

5.2.1. OBJETIVOS:

El interés principal de este trabajo es realizar un análisis de las características de violencia que presenta la muestra de víctimas de maltrato en la pareja estudiadas, y poder relacionarlo con las características sociodemográficas que están presentes. También interesa conocer el papel de una serie de variables (apego, resiliencia y afrontamiento) en relación con la violencia, así como la psicopatología y ajuste personal asociados al maltrato. Además, se evaluará las relaciones entre apego, resiliencia y afrontamiento para comprobar si existen asociaciones entre ellas, ya que se espera una relación en la misma dirección entre ciertos aspectos de las mismas, planteándose la posibilidad de si funcionan como factores protectores y/o de riesgo para el desarrollo de la psicopatología y/o el ajuste personal en mujeres maltratadas.

De este modo, los objetivos concretos que se plantean son los siguientes:

1. ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO:

- Examinar el perfil descriptivo de las características de la historia de violencia.

- Exploración de la gravedad de los tipos de violencia para ver si es posible crear clústeres diferenciales en función de la intensidad del maltrato físico, psicológico y sexual, analizados conjuntamente.
- Analizar la relación de las características de violencia con variables sociodemográficas, apego, resiliencia, afrontamiento y psicopatología/ajuste personal.

2. ANÁLISIS DEL APEGO ADULTO EN VÍCTIMAS DE VGP :

- Determinar cuáles son los estilos de apego más prevalentes en la muestra.
- Estudiar la relación entre las dimensiones y los estilos de apego.
- Análisis de la relación del apego con el afrontamiento y la resiliencia.
- Análisis de la relación del apego con la psicopatología y el ajuste personal.

3. ANÁLISIS DE LA RESILIENCIA EN VÍCTIMAS DE VGP:

- Determinar si existe elevada resiliencia o no en la muestra.
- Estudiar la relación entre la resiliencia y el afrontamiento al estrés.
- Analizar la relación de la resiliencia con la psicopatología y el ajuste personal.

4. ANÁLISIS DEL AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE VGP:

- Analizar la relación de los estilos racional y emocional de afrontamiento con la psicopatología y el ajuste personal

5. ANÁLISIS DE LA PSICOPATOLOGÍA Y AJUSTE PERSONAL EN VÍCTIMAS DE VGP:

- Evaluar la prevalencia de la psicopatología: qué escalas sintomatológicas (SA-45) están más presentes y qué porcentaje de mujeres muestran elevadas puntuaciones de TEPT (DTS).
- Analizar la relación entre psicopatología y ajuste personal.

6. EVALUAR LA EXISTENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN RESPECTO A LA PSICOPATOLOGÍA GENERAL Y TEPT.

5.2.2. HIPÓTESIS:

OBJETIVO 1: ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE VIOLENCIA:

HIPÓTESIS 1: respecto a los tres tipos de violencia, el maltrato psicológico será el más prevalente, seguido del físico y del sexual, respectivamente.

HIPÓTESIS 2: en relación con la concurrencia de los tipos de maltrato, la presencia de varios tipos de malos tratos combinados será más prevalente que la presencia aislada de uno de ellos.

HIPÓTESIS 3: es posible clasificar a las mujeres maltratadas en función de la gravedad conjunta (física, psicológica y sexual) de la violencia experimentada.

HIPÓTESIS 4: existen diferencias en las variables de riesgo de violencia en función de la gravedad del maltrato: el clúster de mayor gravedad presentará: más permanencia en la relación violenta, mayores intentos de ruptura, mayor número de denuncias, solicitud y obtención de orden de protección, mayor proporción de ingresos en centro de emergencias, mayor percepción de riesgo (propio y de sus hijos/as), mayores antecedentes de violencia, así como más presencia ciertas características de la pareja agresora (permiso de armas, problemas psiquiátricos y consumo de sustancias).

HIPÓTESIS 5: algunas características sociodemográficas serán más prevalentes en las mujeres con mayor gravedad del maltrato: menor edad, entorno rural, poca formación académica, clase social subjetiva baja, ser extranjera, no trabajar ni tener ingresos, y tener descendencia.

HIPÓTESIS 6: permanecen más tiempo en la relación las mujeres que viven en entorno rural, tienen menor formación, menor nivel social, no trabajan o tienen menores ingresos, y las que tienen descendencia.

HIPÓTESIS 7: existen diferencias entre el apego y las características de violencia: los índices de mayor intensidad de la violencia (Cuestionario del Terapeuta) serán más prevalentes en el apego inseguro (CR), y estarán relacionados de forma positiva con las dimensiones ansiedad y evitación (AAS).

HIPÓTESIS 8: en cuanto a la resiliencia, habrá correlaciones negativas entre la puntuación total (y sus escalas) con gravedad, duración y frecuencia del maltrato (físico, psicológico y sexual).

HIPÓTESIS 9: las estrategias de afrontamiento racional correlacionarán de forma negativa (y las de afrontamiento emocional de forma positiva) con duración, gravedad y frecuencia del maltrato.

HIPÓTESIS 10: los índices de más intensidad o riesgo en la violencia estarán más presentes o más relacionados de forma positiva con las medidas de sintomatología clínica (SA-45, DTS y PFQ), y menos presentes y asociados de forma negativa con el ajuste personal (MARA-R).

OBJETIVO 2: ANÁLISIS DEL APEGO ADULTO EN VÍCTIMAS DE VGP:

HIPÓTESIS 11. El tipo de apego más prevalente será el Inseguro (especialmente el Preocupado).

HIPÓTESIS 12. Existen diferencias entre los estilos de apego (CR) en función de las dimensiones de apego (AAS): la ansiedad será más prevalente o estará relacionada positivamente con los estilos preocupado y temeroso, y tendrá menor presencia o correlacionará negativamente con los estilos seguro y resistente. La evitación será mayor o se asociará positivamente con los estilo resistente y temeroso, y tendrá menor presencia o se correlacionará inversamente con los apegos seguros y preocupados.

HIPÓTESIS 13: existen diferencias entre la resiliencia (RS) en función del apego: las puntuaciones en resiliencia serán más prevalentes en el estilo de apego seguro (CR) y correlacionará de forma negativa con las dimensiones de ansiedad y evitación (AAS).

HIPÓTESIS 14. Existen diferencias entre el tipo de apego en función del afrontamiento (CAE): el afrontamiento racional será más prevalente en las mujeres con apego seguro (CR) y estará asociado inversamente con las dimensiones de ansiedad y evitación (AAS). El afrontamiento emocional será más prevalente en los estilos de

apego inseguro y aparecerá correlacionado de forma inversa con las dimensiones ansiedad y evitación.

HIPÓTESIS 15: Existen diferencias entre la sintomatología presentada por las mujeres en función del apego: la psicopatología (SA-45, DTS y PFQ-2) aparecerá de forma más prevalente en el apego inseguro (CR) y correlacionará de forma positiva con las dimensiones ansiedad y evitación (AAS); el ajuste personal (MARA-R) será más prevalente en el apego seguro y correlacionará de forma negativa con las dimensiones ansiedad y evitación.

OBJETIVO 3: ANÁLISIS DE LA RESILIENCIA EN VÍCTIMAS DE VGP:

HIPÓTESIS 16: La mayoría de las mujeres no obtendrán puntuaciones elevadas en resiliencia.

HIPÓTESIS 17: las puntuaciones en resiliencia correlacionarán de forma positiva con el estilo de afrontamiento racional, y de forma negativa con el afrontamiento emocional.

HIPÓTESIS 18: las puntuaciones en resiliencia correlacionarán de forma negativa con las medidas de psicopatología (SA-45, DTS y PFQ-2) y de forma positiva con el ajuste personal (MARA-R).

OBJETIVO 4: ANÁLISIS DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN VÍCTIMAS DE VGP:

HIPÓTESIS 19: el afrontamiento racional estará correlacionado de forma positiva con el ajuste personal (MARA-R), y el afrontamiento emocional presentará correlaciones positivas con las medidas de psicopatología (SA-45, DTR y PFQ-2).

OBJETIVO 5: ANÁLISIS DE LA PSICOPATOLOGÍA Y EL AJUSTE PERSONAL EN VÍCTIMAS DE VGP:

HIPÓTESIS 20: la muestra presentará puntuaciones especialmente elevadas en ansiedad y depresión (SA-45), y la mayoría de las participantes mostrará sintomatología TEPT elevada (DTS).

HIPÓTESIS 21: las medidas de sintomatología clínica y sentimientos de culpa y vergüenza (SA-45, DTS y PFQ-2) correlacionarán de forma positiva entre ellas, y de forma negativa con el ajuste personal (MARA-R).

OBJETIVO 6: PROPUESTA DE UN MODELO PREDICTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DESARROLLADA POR MUJERES VÍCTIMAS DE VGP:

HIPÓTESIS 22: existen variables sociodemográficas, violencia en la pareja, apego adulto y afrontamiento que actuarán como factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología, mientras que otras variables sociodemográficas, de apego, afrontamiento y resiliencia actuarán como factores de protección ante los síntomas psicopatológicos.

5.3. MÉTODO:

5.3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y VARIABLES ESTUDIADAS:

Para alcanzar los objetivos que se han planteado anteriormente, se empleará *un diseño transversal, observacional y analítico correlacional*, con el que se evaluará, en una ocasión, a todas las participantes y sus terapeutas.

El estudio es *transversal*, pues trata de analizar a una población definida en un momento dado, siendo su principal fin estudiar las influencias del apego adulto, resiliencia y afrontamiento en el trauma asociado al hecho de ser víctima de violencia de género en el ámbito de la pareja.

Además, se trata de un diseño *observacional*, ya que no se produce ninguna intervención, siendo el objetivo de estudio la observación y descripción de la prevalencia tanto del estilo de apego adulto como de la resiliencia y del tipo de afrontamiento empleado por las mujeres participantes del estudio, así como describir una serie de características sociodemográficas y de historia de violencia experimentada.

Finalmente, el estudio es *analítico correlacional*, pues también tiene como propósito comprobar hipótesis sobre el grado de correlación existente entre la historia de violencia y las otras variables intervinientes (apego, resiliencia y afrontamiento), así como de la historia de violencia y la psicopatología presente. Además, se analizarán las correlaciones entre las propias variables intervinientes entre sí, y se comprobará su relación con la psicopatología y el ajuste personal de las mujeres. En este tipo de investigación, a diferencia de la investigación experimental, no se pretende dar una explicación completa (de causa-efecto) a los fenómenos examinados, sino que se limita a investigar sus grados de correlación (habla de diferencias, no de influencias). La utilidad y el propósito principal de estos estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable, conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

En función de los objetivos y características de la investigación, se consideraron las siguientes variables seleccionadas (o asignadas) con el fin de realizar la comprobación de las hipótesis planteadas (ver *Tabla 5.1.*):

Tabla 5.1. Variables objeto de estudio.

CARACTERÍSTICAS	VARIABLES	INSTRUMENTOS DE MEDIDA
SOCIO-DEMOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> – Edad – Estado civil – Origen sociocultural – Formación – Situación laboral – Trabajo remunerado – Ingresos – Descendencia – N° hijos/as – Lugar de residencia – Clase social subjetiva 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario sobre datos básicos. ✓ Cuestionario para terapeutas
HISTORIA DE VIOLENCIA	<ul style="list-style-type: none"> – Gravedad de cada tipo de maltrato – Clústeres de gravedad de la violencia – Frecuencia maltrato – Concurrencia subtipos de maltrato – Duración de la relación – Duración del maltrato – VVBB de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantenimiento relación ○ Antecedentes de violencia (en otra pareja, entre progenitores, familiar) ○ Percepción riesgo (propio, hijos/as) ○ Permiso armas pareja ○ Problemas psiquiátricos/consumo de sustancias pareja ○ Denuncias VG ○ Solicitud/obtención OP ○ Conciencia MT ○ Centro emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario para terapeutas
APEGO ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> – Apego adulto: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos: Seguro/inseguro ○ Estilos: Seguro, resistente, preocupado y temeroso – Dimensiones de apego: ansiedad y evitación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario de Relación (CR) ✓ Cuestionario sobre dependencia general (AAS)
RESILIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> – Puntuación total Resiliencia – Punto de corte (alta/baja resiliencia) – Factores de primer orden resiliencia – Factores de segundo orden: Competencia Personal y Aceptación por sí mismo y por la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de Resiliencia (RS)
AFRONTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> – Factores de primer orden: BAS, FSP, REP, RLG, EEA, AFN Y EVT – Factores de segundo orden: racional y emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE)

PSICOPATOLOGÍA Y AJUSTE PERSONAL	- Puntuación total de la escala	✓ Cuestionario de evaluación de síntomas SA-45
	- Dimensiones sintomáticas: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y Psicoticismo	
	- Puntuación total TEPT	✓ Escala de trauma de Davidson (DTS)
	- Punto de corte	
	- Escalas TEPT: intrusión, evitación e hiperactivación	
	- Sentimientos personales	✓ PFQ-2
	- Culpa	
	- Vergüenza	
	- Ajuste personal: percepciones positivas de sí mismo y de los demás significativos	✓ MARA-R
	- Factores ajuste personal: familia de origen, pareja y familia constituida, autopercepción	

5.3.2. PARTICIPANTES:

El presente trabajo cuenta con la colaboración de 12 psicólogas y 151 mujeres que acuden a alguno de los centros públicos especializados en dar apoyo psicológico a víctimas de la violencia de género, tanto de la Comunidad de Madrid como del Ayuntamiento de Madrid. A continuación detallamos las características relevantes de estas participantes.

5.3.2.1. Descripción de las mujeres que acuden a recursos de apoyo psico-social para víctimas de violencia de género.

La elección de las participantes en esta investigación ha sido incidental e intencional, contando con una serie de criterios de inclusión y de exclusión:

– Criterios de inclusión:

- Ser mujer.
- Ser mayor de edad.
- Acudir a un recurso público de atención a víctimas de violencia de género, y recibir atención psicológica.
- Que la psicóloga de referencia establezca que la mujer ha tenido o tiene al menos una relación donde se ha ejercido violencia de género en el ámbito de la pareja.
- Residencia en la Comunidad de Madrid (en los PMORVG) o en el Municipio de Madrid (para el CAPSEM).

– Criterios de exclusión:

- Si la psicóloga de referencia tiene dudas sobre la existencia de violencia de género en el ámbito de la pareja.
- Presencia de dificultades de lectura, comprensión o falta de conocimiento del castellano para realizar los cuestionarios.
- Protocolos incompletos o que denotan poca colaboración de la participante.
- Ser menor de edad.

Teniendo en cuenta estos criterios, se obtuvo una muestra final formada por 151 mujeres que acudían, en el momento de la investigación, a 11 Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Comunidad de Madrid, así como al Centro de Atención Psico-Socio-Educativa para Mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas (C.A.P.S.E.M.) del Ayuntamiento de Madrid, todos ellos centros de atención pública

especializados en materia de violencia de género en el ámbito de la pareja. A continuación detallamos las características de la muestra (recogidas también en la *Tabla 5.2.*).

La mayoría de las participantes del estudio eran españolas (un 84,1%) frente a un 15,9% que eran de origen extranjero.

La edad media de las mujeres estudiadas es de 40,6 años (con una d.t. de 9,08, y un rango de edades de 20 a 73 años). El intervalo de edad con mayor presencia fue el de 30-44 años (con un 57% de los casos), seguido del intervalo 45-64 años (con un 28,5%), el rango comprendido entre los 18-29 años (con un 11,9%) y por último, las mujeres mayores de 65 años (2% de la muestra).

Respecto al lugar de residencia, los datos se distribuyen de forma bastante equitativa entre el Municipio de Madrid (un 31,8% de la muestra), municipios pertenecientes al área metropolitana de Madrid (un 31,8% de las mujeres) y municipios pertenecientes al entorno rural de la Comunidad de Madrid (un 36,4%).

En función del estado civil, la mayor parte de las mujeres están divorciadas o separadas (un 35,1%), seguido por un 22,5% de mujeres que no tenían pareja y otro 22,5% que se encuentran en trámites de separación o divorcio. Un 10,6% de las mujeres se encontraban casadas en el momento del estudio y, por último, un 9,3% tenían pareja (pero no estaban casadas).

La mayoría de las mujeres tenían al menos un/a hijo/a (el 86,5%), solo un 13,2% no contaban con descendencia. Entre las que sí tenían hijos/as, la mayoría tenían 2 hijos/as (un 37,7%), seguido de las mujeres con un solo hijo/a (29,8%). Un 17,9% de la muestra tenían tres hijos/as, y menos de un 1% contaban tanto con 4 como con 5 hijos/as.

La clase social (valorada por los terapeutas de referencia) revela que la mayor parte de las mujeres estudiadas pertenecen a clase media (un 42,4%), seguido de la clase medio-baja (35,8%), media alta (13,2%), baja (7,3%) y, en último lugar, las mujeres de clase social alta (1,3%).

La distribución de la formación académica de la muestra está bastante repartida: un 25,2% tiene estudios universitarios, un 23,2% tienen estudios de grado superior, seguido de

las mujeres con estudios de grado medio (20,5%). Un 19.2% cuentan con graduado escolar, frente al 11,9% que no cuentan con estudios mínimos.

Respecto al trabajo, más de la mitad de las mujeres tienen trabajo remunerado (un 55%). De ellas, el 74,6% cuentan con contrato laboral frente a un 25,4% que trabajan sin contrato. Respecto a la presencia o no de ingresos por parte de la mujer (ya sea por cobrar del trabajo, paro o prestación sustitutiva), un 76,6% de la muestra total cuentan con ingresos frente a un 21,9% que carecen de los mismos.

A modo de resumen, podríamos decir que el perfil más prevalente en este estudio es el de una mujer española, de 40-44 años de edad, que reside en una zona rural de la Comunidad de Madrid, está separada o divorciada, tiene dos hijos, es de clase social media, cuenta con estudios universitarios, trabaja con contrato y cuenta con ingresos propios.

TABLA 5.2. Características sociodemográficas de la muestra

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
<i>Nacionalidad</i>	Española	127	84,1
	Extranjera	24	15,9
<i>Edad</i>	18-29	18	11,9
	40-44	87	57,6
	45-64	43	28,5
	+ 65	3	2
<i>Residencia</i>	Municipio de Madrid Capital	48	31,8
	Zona Metropolitana de Madrid	48	31,8
	Zona rural de la Comunidad de Madrid	55	36,4
<i>Estado civil</i>	Con pareja	14	9,3
	Casada	16	10,6
	Divorciada/separada	53	35,1
	En trámites de divorcio/separación	34	22,5
	Sin pareja	34	22,5
<i>Nº Hijos/as</i>	Ninguno	20	13,2
	Uno	45	29,8
	Dos	57	37,7
	Tres	27	17,9
	Cuatro	1	0,7
	Cinco	1	0,7
<i>Clase social subjetiva</i>	Baja	11	7,3
	Media-Baja	54	35,8
	Media	64	42,4
	Media-Alta	20	13,2
	Alta	2	1,3

<i>Formación académica</i>	Sin graduado escolar	18	11,9
	Graduado escolar	29	19,2
	Estudios formativos de grado medio (BUP, ESO, FP-1)	31	20,5
	Estudios formativos de grado superior (COU, Bach., FP-2)	35	23,2
	Estudios universitarios	38	25,2
<i>Ocupación actual</i>	Trabajo con contrato	62	41,1
	Trabajo sin contrato	21	13,9
	Sin trabajo, cobrando paro o prestación	33	21,9
	Sin trabajo, sin cobrar paro o prestación	16	10,6
	Ama de casa	17	11,3
	Otros	1	0,7
<i>Actividad laboral remunerada</i>	Si	83	55
	No	66	43,7
<i>Ingresos propios</i>	Si	116	76,8
	No	33	21,9

5.3.2.2. Descripción de las psicólogas que han participado en el estudio:

El estudio contó con la colaboración de 12 psicólogas de 12 centros especializados en atención a víctimas de violencia de género, que accedieron a colaborar (previo consentimiento de la coordinación de cada centro). La elección de estas psicólogas ha sido, como en el caso de las mujeres víctimas de VG, incidental e intencional.

Si bien todas las psicólogas son mujeres, se trata de un resultado que refleja que la amplia mayoría de profesionales que trabajan en estos recursos son mujeres, pero no formaba parte de ningún criterio de inclusión necesario. La mayoría de ellas son psicólogas pertenecientes a la Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid, con la excepción de uno de los casos, que es un centro que forma parte de la Red de Atención a víctimas de violencia de género del Ayuntamiento de Madrid (CAPSEM).

Estas psicólogas, además de solicitar la colaboración de las mujeres con las que tienen establecida una relación de atención psicológica, debían rellenar un “cuestionario para terapeutas”, donde se les pedía que respondieran a cuestiones centradas principalmente en la historia de violencia en el ámbito de la pareja experimentada por cada mujer que rellenara un

cuestionario. El motivo de que sean las terapeutas, y no las propias mujeres, las que estimen la gravedad de su propio maltrato está fundamentado en que en la práctica clínica se observa cómo existe un proceso de concienciación de los malos tratos recibidos, observando que en muchos casos las mujeres, pese a relatar experiencias de violencia de intensidad o riesgo elevados, pueden minimizarlo o no ser conscientes de la gravedad de los hechos, al menos en una parte inicial de las intervenciones psicológicas (ej.: en la exploración de malos tratos físicos, una mujer puede afirmar no haberlos sufrido, pero luego en su relato detalla rotura de costillas, lesiones provocadas por lanzamiento de objetos, puñetazos, patadas, etc.). En otros casos, existen mujeres que no visibilizan la existencia de maltrato psicológico (sólo entienden como maltrato el físico), o incluso no comprenden que mantener relaciones sexuales sin desearlo y cediendo por el miedo a la reacción del agresor es considerado como una modalidad de maltrato sexual. Se consideró que un criterio profesional podría dar una respuesta más ajustada de la intensidad y presencia de violencia, teniendo en cuenta sus conocimientos especializados en esta materia.

Se tuvo en cuenta un criterio de inclusión para la selección de las psicólogas: que fueran la profesional de referencia en atención psicológica de la mujer víctima de violencia que participaba en el estudio.

5.3.3. PROCEDIMIENTO:

Una vez diseñados los principales objetivos y elegidos los instrumentos de medida, se inició el contacto con los Centros especializados en atención a víctimas de violencia de género para poder tener acceso a la muestra. Para ello, el modo general de proceder fue iniciar contacto telefónico con el centro correspondiente, enviar por email un dossier sobre la finalidad de la investigación y sus líneas principales; posteriormente se realizaron reuniones con las psicólogas del centro con la finalidad de poder explicar más detalladamente el estudio. Cuando finalmente la persona responsable de la coordinación del centro daba su conformidad para la colaboración, se realizaba la entrega del material (los cuestionarios), momento en que se aprovechaba también para explicar con más detalle a la psicóloga de referencia el modo de

proceder, posibles dudas que eran probables que surgieran a las participantes, así como las que la propia psicóloga pudiese planear.

Así, una vez aceptada la colaboración, se pidió a las psicólogas que solicitaran la participación de mujeres que estuvieran atendiendo en el centro y cumplieran todos los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión, haciendo énfasis en que era un estudio anónimo, completamente confidencial, voluntario, y cuyos resultados se emplearían únicamente con fines de investigación. Se expresó la importancia de explicar estos aspectos, y la necesidad de firmar un documento de “Consentimiento informado” (adjuntado en ANEXO 1). En la mayoría de los casos las mujeres rellenaron de forma individual estos cuestionarios, si bien en otros casos la realización del cuestionario formó parte como actividad de los talleres grupales del centro. Se informaba a las psicólogas que debían rellenar por su parte el cuestionario del terapeuta, y una vez que las participantes entregaban el suyo, debían unir tanto el cuestionario de terapeutas como el de las mujeres participantes en uno solo para poder estudiarlos conjuntamente.

En función de la disponibilidad y modo de funcionamiento del centro, se estableció un periodo adaptado para la recogida de nuevo de los cuestionarios, y proceder posteriormente al análisis de los datos.

5.3.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

A continuación se detallan uno por uno los instrumentos de medida empleados en esta investigación. Puede verse un resumen de ellos en la *Tabla 5.3*.

Tabla 5.3. Instrumentos de evaluación empleados en este estudio.

Variables de estudio	Instrumentos de medida
Características sociodemográficas	- Cuestionario de datos sociodemográficos
Historia de violencia	- Cuestionario para terapeutas
Apego adulto	- Cuestionario de Relación (CR) - Cuestionario sobre dependencia general (AAS)
Resiliencia	- Escala de resiliencia (RS)
Afrontamiento	- Cuestionario de estilos de afrontamiento (CAE)
Psicopatología y ajuste personal	- Cuestionario de evaluación de síntomas-45 (SA-45) - Escala de Trauma de Davidson (DTS) - Cuestionario de sentimientos personales-2 (PFQ-2) - Cuestionario MARA-R

– *CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.*

Se trata de un breve cuestionario realizado de forma expresa para esta investigación, que debían responder las participantes en función de su situación personal.

El cuestionario incluía las siguientes variables:

- Edad
- Estado civil actual
- Entorno sociocultural de origen
- Formación
- Trabajo
- N° de hijos/as
- Nª de habitantes del municipio de residencia.

Esta información será utilizada para conocer las características básicas de las participantes de la investigación. En el apartado ANEXO 1 se adjunta un modelo de este cuestionario sociodemográfico.

- *CUESTIONARIO DE RELACIÓN (CR, Bartholomew y Horowitz, 1991; adaptación al castellano de Alonso-Arbiol, 2002).*

El Cuestionario de Relación (CR) es una adaptación al castellano realizada por Alonso-Arbiol (2002) del *Relationship Questionnaire* (RQ), creado por Bartholomew y Horowitz en 1991, cuyo objetivo principal es evaluar el apego adulto. De este modo, los sujetos deben indicar en una escala tipo Likert de 7 puntos (donde 1 es totalmente en desacuerdo, y 7 totalmente de acuerdo) hasta qué punto se identifican con los cuatro párrafos que describen distintas formas de apego. Posteriormente, se les indica que deben señalar cuál de los cuatro párrafos que han leído se adecúa mejor a su forma habitual de relacionarse con los demás. Si bien este cuestionario no es uno de los instrumentos más recientes sobre apego, se ha optado por su uso en esta investigación porque es uno de los que mejor se adapta a las necesidades del estudio.

Uno de los objetivos principales del cuestionario es poder categorizar a la persona en función de su estilo de apego adulto, a través del párrafo elegido por el sujeto que más se adecúa a sí mismo. No obstante se debe utilizar una doble concordancia entre la valoración de las cuatro descripciones y la elección del que más se ajusta al modo de vincularse, en el sentido que no es significativo el estilo de apego si la auto-descripción categórica no coincide con una puntuación de al menos 5 puntos en la escala tipo Likert del párrafo elegido. El resultado será un estilo de apego identificado desde el modelo de las cuatro categorías de Bartholomew y Horowitz (1991): seguro, preocupado, distante y temeroso.

Pero además, permite valorar a los sujetos a través de dos dimensiones: “concepto de uno mismo” y “concepto de los demás” (ver *Tabla 5.4.*), que corresponden a su vez con las dimensiones “ansiedad” (modelo de sí) y “evitación” (modelo de otros) descritas en el

apartado de apego adulto. La puntuación en la dimensión ansiedad corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una alta ansiedad hacia las relaciones (preocupado y temeroso) a las que se les resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una baja ansiedad hacia las relaciones (seguro y evitativo). Las puntuaciones en la dimensión de evitación, por su parte, corresponden a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un alto nivel de evitación de las relaciones (evitativo y temeroso) a las que se les resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un nivel bajo de evitación de las relaciones (seguro y preocupado) (Yarnoz-Yaben y Comino, 2011).

Tabla 5.4.: Relación entre las dimensiones y las categorías del C.R.

Concepto positivo del self		Concepto negativo de los otros
Concepto positivo de los otros	SEGURO DISTANTE	
	PREOCUPADO TEMEROSO	
Concepto negativo del self		

Este cuestionario presenta propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a la fiabilidad test-retest y su validez según los estándares de área, tanto en la versión original como en la adaptación al castellano, enmarcada dentro de la tesis doctoral de Alonso-Arbiol (2002). En un estudio sobre la fiabilidad validez del CR (Schafre y Bartholomew, 1994) obtienen una consistencia interna cuyo rango oscila entre ,49 a ,71, y encuentran apoyo en el constructo de las cuatro dimensiones de apego a través de cinco métodos de valoración diferentes (autoinformes, informes de amigos, informes de pareja, valoraciones de jueces especializados en apego en apego a amigos, y otros jueces especializados en apego familiar). En cuanto a la distribución de los estilos de apego, los autores de la prueba original realizan dos estudios distintos, y obtienen que entre el 47% y el 57% presentan apego seguro, el 18%

un apego resistente, entre el 14% y el 10% un apego preocupado, y finalmente, el estilo temeroso estaba presente entre el 21% y el 15% de las muestras estudiadas (Bartholomew y Horowitz, 1991).

En su adaptación al castellano, el cuestionario, junto con otras medidas, se pasó a 602 personas (311 hombres y 291 mujeres), estudiantes de diversas facultades de la Universidad del País Vasco (Yáñez-Yaben y Comino, 2011). El análisis factorial de componentes principales encontró coincidencia con la versión inglesa del instrumento (Bartholomew, 1990), con el resultado de dos factores: evitación y ansiedad, siendo ambos independientes ($r=-0.01$). Este estudio obtuvo unos resultados similares a los encontrados por la versión inglesa en muestras no clínicas en relación con la prevalencia de los estilos de apego: 44,2% de apego seguro, 16,5% distante, 22,3% preocupado y 17% con apego temeroso (Alonso-Arbiol, Shaver y Yáñez, 2002).

Yáñez (2008), que colabora con Alonso-Arbiol en la adaptación al castellano del Cuestionario de Relación, resalta la importancia de las aportaciones del modelo teórico de Bartholomew y Horowitz y el amplio apoyo empírico aportado por otras investigaciones, así como entiende que su brevedad supone una ventaja de la medida, pero critica la escala cualitativa de elección forzosa donde las personas deben elegir necesariamente por un estilo afectivo.

- *CUESTIONARIO SOBRE DEPENDENCIA GENERAL (AAS, Collins y Read, 1990; adaptado al castellano por Tacón y Caldera, 2001).*

Se trata de una prueba realizada por Collins y Read (*Adult Attachment Scale*) que se basa en las descripciones realizadas por Hazan y Shaver (1987) sobre tres estilos de apego adulto (seguro, evitativo y ambivalente). Collins y Read obtienen tres dimensiones del apego subyacentes: *dependencia*, *cercanía* y *ansiedad*. Posteriormente esta prueba ha sido adaptada por Tacón y Caldera (2001).

Consta de 18 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 5, donde 1 significa “No característico” y 5 “Muy característico”. Los análisis factoriales señalan la existencia de tres factores principales, formados por 6 ítems cada uno (el valor de los ítems con asterisco debe ser invertido):

- *Dependencia*: si el individuo siente que puede depender de otros y creer que éstos estarán allí cuando los necesite (formado por los ítems: 1*, 2*, 3, 4, 5* y 6*).
- *Ansiedad*: grado de ansiedad o miedo acerca de ser abandonado o no querido (formado por los ítems: 7*, 8, 9, 10, 11 y 12).
- *Intimidad o Cercanía*: comodidad del individuo con la cercanía o intimidad (formado por los ítems: 13, 14, 15*, 16*, 17, 18*).

Estos factores no corresponden directamente con ningún modelo categórico o dimensional existente dentro de la teoría de apego, si bien Collins y Read (1990) concluyen que las dimensiones medidas por el AAS recogen muchas de las estructuras centrales que se piensa estarían por debajo de los distintos tipos de apego. De este modo, estos autores informaron respecto a los estilos de apego (con la medida de Hazan y Shaver, 1987) y la relación con los factores del AAS:

- Apego seguro: tienen puntuaciones mayores en Dependencia e Intimidad que en el factor Ansiedad
- Apego evitativo: puntuaciones bajas en los tres factores
- Apego Ambivalente: puntuaciones mayores en el factor Ansiedad frente a Dependencia e Intimidad.

Los autores de la prueba original han informado de la fiabilidad de la escala, reportando una consistencia interna de .75, .72 y .69, y una fiabilidad test-retest de .71, .57 y .68 para las dimensiones Dependencia, Ansiedad y Cercanía, respectivamente (Collins y Read, 1990). También se ha observado fiabilidad test-retest del 70% a lo largo de cuatro años (Kirkpatrick y Hazan, 1994; citados en Ravitz y cols., 2010). Sperling y Berman (1991) encontraron la existencia de validez convergente entre el AAS y su propia prueba, el Inventario de Estilo de Apego (*Attachment Style Inventory, ASI*). La adaptación al castellano,

realizada por Tacón y Caldera (2001), informa de una consistencia interna para las dimensiones Dependencia, Ansiedad y Cercanía de .79, .64 y .54 (para muestras hispanas) y de .83, .77 y .74 (para muestras no hispanas) respectivamente.

Posteriormente, Collins (2008) realiza un acercamiento a los modelos que detectan dos dimensiones subyacentes a los estilos de apego, y reformula sus factores de la siguiente manera: el factor Ansiedad corresponde totalmente con el anterior; lo novedoso es que crea el factor Evitación a través de la suma de los valores invertidos de los factores originales Dependencia y Cercanía. De este modo, los factores quedan de la siguiente manera:

- *Ansiedad*: formado por los ítems 7*, 8, 9, 10, 11 y 12.
- *Evitación*: formado por los ítems: 1, 2, 3*, 4*, 5, 6, 13*, 14*, 15, 16, 17* y 18.

En este estudio se analizarán los resultados en función de esta aproximación al modelo bidimensional, para poder realizar comparaciones con otras investigaciones que emplean este modelo de dos dimensiones en el apego, tras las sugerencias de uno de las autoras originales de la prueba.

– *ESCALA DE RESILIENCIA (RS, Wagnild y Young, 1993; adaptado al castellano por Novella, 2002).*

La Escala de Resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y revistada por los mismos autores en 1993. El propósito de esta prueba es identificar el grado de resiliencia individual, considerada como una característica de la personalidad positiva que permite la adaptación del individuo y modera el efecto negativo del estrés (Salgado, 2005; Flores, 2008; Nygren, Björkman, Lejonklou y Lundman, 2004).

La escala consta de 25 ítems, respecto a los cuales hay que responder el grado de aprobación o desaprobación en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, donde 1 significa el mayor grado de desacuerdo y 7 el mayor grado de acuerdo. Los resultados varían

de 25 hasta 175, donde a mayor puntuación, mayor presencia de resiliencia. Wagnild y Young consideraron que una puntuación mayor a 146 informaba de un alto grado de resiliencia (Nygren y cols., 2004).

Se obtienen dos factores generales, formados a su vez por distintos componentes:

- *Factor 1. Competencia personal:* formado por 17 ítems, indica auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia. Sus componentes serían:
 - CONFIANZA EN SÍ MISMO: habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades (7 ítems: 6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24).
 - PERSEVERANCIA: persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina (7 ítems: 1, 2, 4, 14, 15, 20 y 23).
 - SENTIRSE BIEN SOLO: nos aporta el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes (3 ítems: 5, 3 y 19).
- *Factor 2. Aceptación de uno mismo y de la vida:* formado por 8 ítems, representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Reflejarían la aceptación de la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Sus componentes son:
 - ECUANIMIDAD: denota una perspectiva balanceada de la propia vida y sus experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad (4 ítems: 7, 8, 11 y 12).
 - SATISFACCIÓN PERSONAL: comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a ésta (4 ítems: 16, 21, 22 y 25).

Wagnild y Young (1993) encontraron una consistencia interna de .91 de su propia prueba. Novella (2002), reporta una consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach de .89. Castilla, Caycho, Shumabukuro, Valdivia y Torres-Calderón (2014), por su parte, encontraron en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos universitarios consistencia interna elevada (.90). Helleman, Lee, y Kury (2003) analizaron las propiedades psicométricas de la versión española de la escala en una muestra con 315 mujeres, obteniendo

dos factores (como en la prueba original) y una consistencia interna de .93, así como una validez de constructo que presentaba correlaciones significativas y positivas entre resiliencia y satisfacción por la vida, y negativa con sintomatología depresiva. Rua y Andreu (2011) obtuvieron en su muestra con adolescentes portugueses una consistencia interna de .86, mostrando elevada fiabilidad, de forma semejante a la que encontraban los autores originales en su prueba. Estos autores también encontraron valores adecuados en la validez de constructo, y existencia de validez discriminante (comparando su muestra con otra formada por adolescentes en situaciones de violencia familiar). Otro estudio de la escala en su versión argentina (Rodríguez y cols., 2009) obtuvo una consistencia interna de .72.

- *CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (Sandín y Chorot, 2003; versión revisada de González y Landero, 2007).*

En este estudio se ha empleado una versión acortada y validada en una muestra mexicana por parte de González y Landero (2007) de la versión original del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003).

La prueba original consta de 42 ítems y evalúa 7 formas de afrontamiento específicas; la versión revisada se redujo a 21 ítems, manteniendo la estructura de 7 escalas de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. A continuación se describen las características de estas escalas:

- *Búsqueda de apoyo social (BAS)*: identifica personas y redes de apoyo que puedan aportarle al manejo adecuado de la situación estresante. Formado por los ítems 9, 10 y 18.
- *Focalizado en la solución del problema (FSP)*: analiza las causas, planea y ejecuta soluciones para afrontar la situación. Formado por los ítems 7, 14 y 19.
- *Reevaluación positiva (REP)*: reconoce el evento estresante pero se centra en los aspectos positivos del problema. Formado por los ítems 3, 5 y 16.

- *Religión (RLG)*: Acude a creencias religiosas para afrontar la situación, pues siente que ha perdido el control. Formado por los ítems 4, 10 y 21.
- *Expresión emocional abierta (EEA)*: descarga el mal humor con los demás, insulta, es hostil, irritable y se desahoga con los demás. Formado por los ítems 8, 12 y 17.
- *Autofocalización negativa (AFN)*: se autoculpa, tiene sentimientos de indefensión e incapacidad, resignación, dependencia, pérdida de control y pesimismo. Formado por los ítems 1, 11 y 15.
- *Evitación (EVT)*: se concentra en otras cosas, prefiere no pensar en el problema. Formado por los ítems 3, 6 y 13.

A su vez, estas 7 formas de afrontamiento se agrupan en dos factores de orden superior: a) Afrontamiento racional; y b) Afrontamiento emocional (Sandín y Chorot, 2003; González y Landero, 2007). El primer factor es equivalente a la clásica dimensión de afrontamiento llamado “racional”, “focalizado en el problema”, “activo” y “focalizado en la tarea”, mientras que el segundo factor coincide con el tradicional afrontamiento “centrado en la emoción” o “pasivo” (Mayordomo, 2013).

Sandín y Chorot (2003) recomiendan utilizar las siete subescalas de afrontamiento para evaluar las estrategias, y que de forma adicional, si se desean medidas más generales, podrían obtenerse las dos escalas generales de *afrontamiento racional* (formado por las subescalas FSP, REP y BAS) y de *afrontamiento emocional* (formada por las subescalas AFN y EEA; EVT y RLG). Por su parte, González y Landero (2007) obtienen resultados similares con una mínima modificación, ya que el factor RLG pasó a saturar en el afrontamiento centrado en el problema, de forma negativa. Es importante señalar que las diferencias en el factor de religión entre la muestra original española y la nueva validación mexicana, puede ser atribuida, según González y Landero (2007) a cuestiones culturales.

El CAE original ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, y ha obtenido un coeficiente promedio de fiabilidad de Cronbach de .79 para las siete subescalas (Sandín y Chorot, 2003).

González y Landero (2007) concluyen en su validación del CAE que la reducción con solo tres ítems por cada factor de afrontamiento cuenta con valores de consistencia interna adecuados para cada subescala. Así, el análisis factorial confirmatorio realizado para esta

versión mostró una mejoría en los estadísticos de bondad de ajuste en comparación con la versión completa. Estiman que cuenta con la ventaja de ser una versión abreviada con correlaciones adecuadas con la versión original, así como fiabilidad y validez aceptable. En esta validación, estos autores también encontraron relación entre bajos niveles de estrés percibido, y FSP y REP, indicando relación con la acción directa y racional para solucionar las situaciones problemáticas. Por su parte, las formas de afrontamiento relacionadas con altos niveles de estrés percibido fueron AFN, EEA y EVT.

- *CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS-45 (SA-45, Davidson, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish, y Kane, 1997; validación española realizada por Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao, 2008).*

El SA-45 es una versión reducida del cuestionario SCL-90 (Derogatis y cols., 1973), una prueba internacionalmente empleada para la evaluación de síntomas psicopatológicos. En 1997, Davidson y cols. desarrollan una versión abreviada con el objetivo de: a) Reducir significativamente la extensión del cuestionario (a la mitad); b) Igualar las escalas a un mismo número de ítems y maximizar la posibilidad de que posean similar fiabilidad y validez; c) Evitar el solapamiento entre las distintas escalas; d) Minimizar las correlaciones entre escalas; y e) Favorecer la utilidad y el uso del cuestionario (Sandín y cols., 2008).

De este modo, se trata de un cuestionario de 45 ítems, donde el sujeto debe contestar cuánto ha estado presente cada uno de los síntomas durante la última semana, en función de una escala tipo Likert de 0 a 4 (donde 0 significa “nada en absoluto” y 4 “Mucho o extremadamente”).

Se evalúan las mismas dimensiones que en el SCL-90:

- *Somatización*: malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios...). Formado por los ítems 18, 23, 26, 29 y 31.

- *Obsesión-Compulsión*: síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre. Se refiere a pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. Formado por los ítems 16, 20, 21, 25 y 28.
- *Sensibilidad interpersonal*: sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. Formado por los ítems 14, 15, 17, 32 y 36.
- *Depresión*: manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas. Formado por los ítems 9, 10, 11, 27 y 42.
- *Ansiedad*: signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. Formado por los ítems 6, 12, 21, 25 y 28.
- *Hostilidad*: pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. Formado por los ítems 7, 34, 35, 39 y 43.
- *Ansiedad fóbica*: respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos o situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. Formado por los ítems 3, 8, 22, 24 y 27.
- *Ideación paranoide*: comportamientos paranoides y desórdenes del pensamiento, del tipo pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. Formado por los ítems 2, 5, 19, 40 y 44.
- *Psicoticismo*: síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Formado por los ítems 1, 4, 13, 33, 45.

Además de las puntuaciones en cada escala, se puede obtener un Índice Global de Gravedad (GSI), sumando los valores respondidos del SA-45 y dividiéndolo por todos los ítems de la prueba.

Davidson y cols. (1997, citados en Sandín y cols., 2008) han aportado evidencia de su fiabilidad y validez utilizando muestras de participantes clínicos y no clínicos (adultos y

adolescentes). En la validación española, Sandín y cols. (2008) obtienen una adecuada fiabilidad (a través de coeficientes alfa de Cronbach y correlaciones ítems-escala) y validez. Un estudio que emplea esta prueba en una muestra mexicana informa que la versión española del SA-45 ha sido empleada en diversas investigaciones, constatándose como una prueba útil para detectar problemas psicopatológicos en individuos con elevados niveles de estrés laboral y/o síndrome de burnout; ha sido empleado para evaluar sintomatología en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia; y también ha sido aplicado a nivel internacional en investigación psicopatológica en situaciones traumáticas (Merino, 2010; Declaux, 2011; Grill y cols., 2009; citados en Alvarado, Sandín, Valedéz-Medina, Gonzales-Arratia y Rivera, 2012).

- *ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS; Davidson, 1996; traducida al castellano por Bobes, Bascarán, González, Bousoño, Calcedo, Hormaechea, y Wallace, 1999).*

La escala DTS es un instrumento psicométrico constituido por 17 ítems, que a su vez corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM-IV pertenecientes a los criterios B, C y D (intrusión, evitación e hiperactivación), que se distribuyen de la siguiente forma:

- INTRUSIÓN (CRITERIO B): ítems 1-5
- EVITACIÓN (CRITERIO C): ítems 6-12
- HIPERACTIVACIÓN (CRITERIO D): ítems 13-17

Se trata de un autoinforme donde el sujeto debe responder a dos aspectos de cada ítem: la gravedad y la frecuencia de cada ítem (durante la última semana), utilizando una escala Likert de 5 puntos (donde 0 corresponde a “nunca” o “gravedad nula”, y 4 a “a diario” o “gravedad extrema”). La puntuación total puede oscilar entre 0 y 136 puntos, mientras que las puntuaciones de frecuencia y gravedad pueden oscilar entre 0 y 68 puntos. Davidson (1996,

citado en Juárez, 2011) recomienda utilizar la puntuación de 40 como punto de corte en el total de la escala.

Davidson y cols. (1997, citado en Villafañe, Milanesio, Marcellino y Amodei, 2003) informan de un coeficiente alfa de Cronbach para el total del instrumento de .99; para la subescala de frecuencia de .97; y para la subescala de gravedad de .98. Respecto a la fiabilidad test-retest obtienen un coeficiente de correlación de .87 para el total de la escala, y si distinguimos por factores, obtienen .83 para el criterio B; .78 para el criterio C; y .83 para el criterio D. La validez convergente fue hallada correlacionando las puntuaciones de la DTS con: a) las puntuaciones en la CAPS (Clinician Administered PTSD Scale), obteniendo un $r = .78$; b) las puntuaciones en la IES (Impact of Event Scale), con un $r = .64$; y c) y con las puntuaciones en el SCL-90, obteniendo un $r = .66$. También evaluaron la validez divergente con la escala de Neuroticismo de Eysenck, obteniendo un coeficiente de correlación de $r = .04$.

Bobes y cols. (2000) realizaron la traducción al castellano en España de la DTS, y encontraron índices psicométricos adecuados (confiabilidad, test-retest, consistencia interna y discriminación entre las puntuaciones obtenidas por una muestra clínica en comparación con un grupo control). Guerra (2013) obtuvo conclusiones similares a las de Bobes y cols., en su estudio con adolescentes chilenos.

– *PFQ-2 (Personal Feelings Questionnaire, Harder y Zalma, 1990; traducida al castellano por Popa, 2013).*

Se trata de un cuestionario formado por 22 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert, donde 0 significa “nunca” o 4 “muchas veces”, según sea la frecuencia con la que la persona experimenta los sentimientos reflejados en cada ítem. De los 22 sentimientos, sólo son puntuables aquellos que miden culpa y vergüenza, en concreto 15 ítems; los 6 ítems restantes tienen la función de encubrir los objetivos del cuestionario y no se utilizan para

obtener los resultados. Los autores originales (Harder y Zalma, 1990) confirman la estructura de dos factores de la prueba e informa de una adecuada consistencia, fiabilidad test-retest y validez de constructo. Este cuestionario presenta una validez interna de .78 para la escala de vergüenza, y .72 para la escala de culpa, así como una fiabilidad test-retest de .91 (vergüenza) y .85 (culpa) (Harder y Zalma, 1990). Las escalas de culpa y vergüenza mostraron relaciones significativas con depresión, auto-desvalorización, ansiedad social, autoconciencia pública y deseabilidad social (Harder, Rockart y Cutler, 1993; citados en Popa, 2013).

Popa (2013) realiza una adaptación al castellano de esta escala, cuyos análisis factoriales confirman el modelo propuesto por Harder y Zalma, indicando que la culpa y la vergüenza son dos emociones diferentes, y que el PFQ-2 logra medir las diferencias apoyándose en un modelo válido. Utilizando la traducción al castellano, un estudio realizado en España obtiene un coeficiente alpha del factor Culpa que alcanzó el valor de .83 y dos factores de la escala de sentimientos personales, que coinciden con los derivados por los autores de la escala original (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2011):

- Factor 1: Vergüenza: formado por los ítems 1, 3, 6, 7, 10, 12, 14, 16 y 21
- Factor 2: Culpa: formado por los ítems 2, 4, 8, 11, 17 y 22

– *M.A.R.A. (Serrano, C., 2012).*

El cuestionario original (Serrano, 2012) evalúa cinco capacidades psíquicas: capacidad autoafirmativa, asertividad, teoría de la mente, evaluación/valoración y regulación emocional. A su vez, se puede observar estas competencias en tres ámbitos diferenciados: familia de origen, en la relación que la persona mantiene consigo misma, y en la familia o pareja construida. Se trata de un cuestionario formado por 90 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 6 puntos, donde 1 significa “nunca”, y 6 “siempre”. Serrano (2012) informa de una consistencia interna de la prueba de .97.

Desde este estudio se pretendía desarrollar una versión reducida del MARA (MARA-R, Cobos y Martínez, 2015), obteniendo finalmente una nueva versión que cuenta con 48

ítems de la escala original. Se decidió, a través de los resultados que nos aportó los análisis factoriales (contando con la base de datos del MARA original), adoptar un modelo de 3 factores, que explicaban el 43% de la varianza. De este modo, interpretando el significado de cada factor a través de sus ítems, se determinó que:

1. El factor 1 trataba de la “percepción positiva de la familia de origen”
2. El factor 2 trataba de la “percepción positiva de la pareja y familia constituida”.
3. El factor 3 trataba de la “autopercepción positiva” (asertividad, autoeficacia y valoración personal).

Posteriormente se eliminaron los ítems que saturaban menos de .45 en el análisis factorial, y tras una lectura de los ítems en profundidad se eliminaron aquellos que según criterios teóricos tenían menos que ver con el factor.

El resultado final es el cuestionario M.A.R.A.-R, con 48 ítems, que explica el 60% de la varianza, y una fiabilidad de cada factor que oscila entre .93 y .95.

- 1) *F.1.: Percepción Familia de Origen:* 16 ítems: 1, 2, 7, 9, 10, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 32, 35, 37, 42 y 45 (5, 6, 15, 20, 21, 30, 32, 41, 44, 48, 51, 57, 60, 64, 82 y 84 del MARA original).
- 2) *F.2.: Percepción Pareja y familia constituida:* 16 ítems: 4, 5, 6, 12, 13, 20, 26, 28, 29, 30, 33, 38, 41, 43, 44 y 48 (8, 11, 12, 23, 25, 39, 50, 53, 55, 58, 62, 69, 76, 80, 83 y 88 del MARA original).
- 3) *F.3.: Autopercepción:* 16 ítems: 3, 8, 11, 14, 15, 17, 19, 22, 24, 31, 34, 36, 39, 40, 46 y 47 (7, 19, 22, 26, 28, 31, 36, 42, 47, 59, 63, 66, 70, 73, 85 y 86 del MARA original).

– *CUESTIONARIO DEL TERAPEUTA:*

Este cuestionario fue realizado expresamente para esta investigación con el objetivo de poder evaluar, a través del punto de vista de la psicóloga de referencia que atiende a las mujeres estudiadas, variables relevantes en materia de violencia de género. Las razones para evaluar esta variable no directamente con las mujeres víctimas de VGP, sino a través de sus terapeutas que les atendían, vienen motivadas por la necesidad de contar con un punto de vista profesional y más neutral, a la hora de valorar ciertas variables como pueden ser la gravedad de la violencia experimentada, y la conciencia de maltrato por parte de la mujer (ya que en la clínica se observa en numerosas ocasiones divergencia entre el riesgo real estimado por los profesionales que trabajan en materia de VG, y el riesgo percibido por las propias mujeres, que tienen a minimizarlo especialmente en fases iniciales del tratamiento, fruto de la normalización de la violencia psicológica y sexual), entre otros. Se considera que estas informaciones son relevantes para la investigación, y que un profesional debe tener claro a la hora de poder trabajar con víctimas de malos tratos (pues se trata de cuestiones básicas que forman parte de los protocolos más utilizados). Otras variables podrían ser igualmente contestadas por las propias mujeres evaluadas (por ejemplo, si la pareja agresora tiene permiso de armas o si ha solicitado orden de protección), pero también son datos que los profesionales recogen de sus pacientes, para poder valorar el riesgo y las necesidades a las que están expuestas.

De tal modo que se optó por obtener toda la información en materia de malos tratos a través de la psicóloga, por considerarse el modo de acceso a la información más objetivo y que constituían una fuente con acceso completo a toda la información necesaria para la investigación en este tema, evitando además que las mujeres tuvieran reexponerse a su historia de violencia teniendo que contestar a preguntas sobre sus experiencias traumáticas.

Por lo tanto, se entregó un breve cuestionario a los terapeutas que debían unir a los cuestionarios realizados por las víctimas de violencia de género que accedieron al estudio. En este cuestionario se estimó importante valorar:

- *La gravedad de la violencia experimentada por las mujeres* (diferenciando entre violencia física, psicológica y sexual): con una formato de respuesta tipo Likert de

0 a 3 (donde 0 significa “ausencia de violencia”, 1 “presencia de gravedad leve”, 2 “presencia de gravedad moderada”, y 3 “presencia de gravedad alta”).

- *La frecuencia de las agresiones* (diferenciando, de nuevo, entre violencia física, psicológica y sexual): con un formato de respuesta que oscila entre no presente a diaria. También existía la opción de responder “otra frecuencia”, con espacio para detallar este tipo de respuesta, que resultó en todos los casos ser “puntual” (en una ocasión).
- *La duración total de la relación de violencia* por un lado, y *la duración de la relación desde que la mujer visibiliza que comienza la violencia*, por otro: con un formato de respuesta que oscila entre una duración menor a un año a una duración de más de diez años.
- *Clase social subjetiva*: con cinco opciones de respuesta que recogen clase baja, media-baja, media, media-alta y alta.
- Una serie de preguntas que recogen *aspectos de riesgo y/o protección* en una relación violencia: continuidad de la relación, intentos de ruptura, si existen denuncias por VG, se ha solicitado y/o obtenido órdenes de protección, conciencia del maltrato en la mujer, antecedentes de violencia (con otras parejas, en la relación de sus progenitores o maltrato familiar), ingresos en centros de emergencia o acogida, percepción del riesgo propio y de los hijos/as, si personas de su entorno conocen la situación, o si la pareja agresora tiene permiso de armas, problemas psiquiátricos o problemas de consumo de sustancias. Todas ellas tenían un formato de respuesta dicotómico (Si o No).

5.3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:

Tras la recogida de datos, se procedió al estudio estadístico de los mismos a través del programa SPSS 22.0. En función de la naturaleza de las hipótesis planeadas, se llevaron a cabo los siguientes análisis:

- Análisis factoriales para disminuir la longitud del cuestionario MARA.
- Estadísticos descriptivos (frecuencia y descriptivos como la media y d.t.).
- Análisis de tablas contingencia para las variables categóricas.

- Comparaciones de medias con t de Student para muestras independientes y con ANOVA de un solo factor. Según los contrastes de Levene, se utilizaron contrastes F convencionales. En las comparaciones múltiples post-hoc se utilizó el contraste de Bonferroni. Se analizó el tamaño del efecto a través de Eta cuadrado.
- Correlaciones bivariadas utilizando el Coeficiente de Pearson.
- Creación de Clústeres a través del modelo two-steps para formar una variable nueva de gravedad de la violencia conjunta y poder realizar comparaciones posteriores con otras variables.
- Análisis de regresión por el método de bloques o jerárquicos para la predicción de la psicopatología, buscando factores de protección y de riesgo entre las variables de violencia, apego, resiliencia y afrontamiento.

5.4. RESULTADOS:

Teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis que se plantea este trabajo, se exponen en este apartado los resultados obtenidos tras el análisis de los datos. Esta información estará presentada en bloques diferenciados y ordenados, esto es, en el primer bloque se procede a mostrar los resultados en cuanto a las variables relacionadas con la violencia de género, seguido de los datos aportados por el apego, para continuar con la información obtenida a través del estudio de la resiliencia y el afrontamiento, respectivamente. El quinto bloque se centrará en la información que aportan los cuestionarios que evalúan psicopatología y ajuste personal, y para finalizar, se procede a desarrollar los resultados para los análisis de regresión realizados.

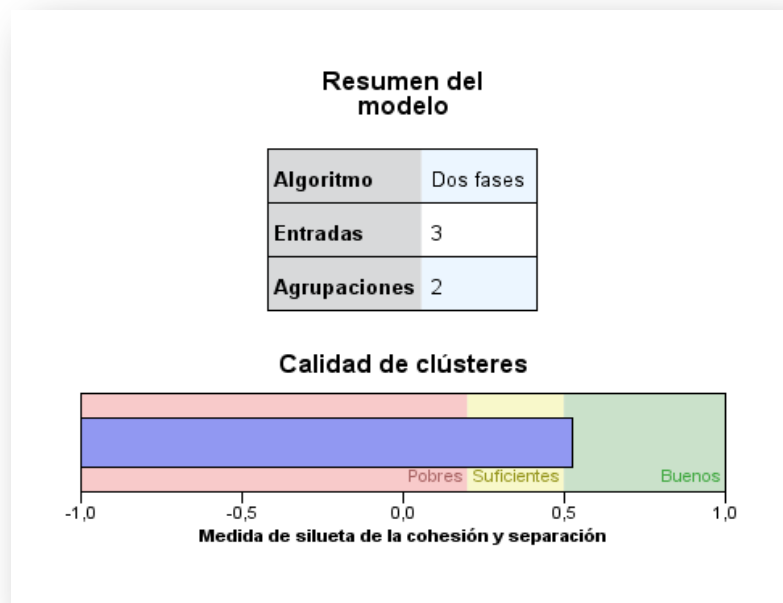
5.4.1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE HISTORIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA:

A continuación se comentan las principales variables que evalúan la historia de violencia de pareja en las mujeres estudiadas, recogidas en las *Tablas 5.6-5.9*.

Construcción de tipologías de maltrato: Clústeres en función de la gravedad de la violencia detectada:

Se ha considerado de gran utilidad la búsqueda de clústeres que agrupen los tres tipos de violencia estudiadas (física, psicológica y sexual) en función de su gravedad. Para su determinación se utilizó el procedimiento de “clúster bietápico”, que recomendó la solución con dos conglomerados, proporcionando una solución aceptable, como puede verse en la *Figura 5.1*.

Figura 5.1. Resumen del modelo y calidad de los clústeres



En la *Tabla 5.2.* se presentan las puntuaciones medias en gravedad de los dos conglomerados.

Tabla 5.2. Características de los clústeres: etiqueta, tamaño y medias de la gravedad de la violencia

CLÚSTER	1	2
ETIQUETA	Gravedad baja-moderada	Gravedad moderada-alta
TAMAÑO	58,3% (N=88)	41,7% (N= 63)
ENTRADAS	Gravedad violencia psicológica 1,88	Gravedad violencia psicológica 3,00
	Gravedad violencia sexual 0,62	Gravedad violencia sexual 1,62
	Gravedad violencia física 1,06	Gravedad violencia física 1,84

Como puede observarse, el clúster 1 (N= 88, 58,3%) se caracteriza por una menor gravedad en todos los tipos de violencia en comparación con el clúster 2 (N=63, 41,7%), resultando de mayor importancia el predictor “Gravedad de la violencia psicológica”.

Este agrupamiento se utilizó posteriormente para establecer comparaciones en otras variables sociodemográficas, psicológicas y psicopatológicas.

Gravedad en función del tipo de violencia (física, psicológica y sexual):

Los datos señalan que un 15,9% de las mujeres no han experimentado violencia física. Entre las que sí está presente este tipo de violencia, un 41,7% es de gravedad leve, un 30,5% de gravedad moderada, y un 11,9% se expresa con gravedad alta (ver *Figura 5.2.*).

Respecto a la violencia psicológica, es destacable que está presente en todas las mujeres. La mayoría de ellas muestran una gravedad moderada de maltrato psicológico (51%), seguido de la presencia de gravedad alta (41,7%) y en último lugar, un 7,3% de las mujeres muestran una historia de maltrato psicológico de gravedad leve (ver *Figura 5.3.*).

En cuanto a la violencia sexual, un 37,% de las mujeres no la experimentan, frente a un 30,5% que presenta una gravedad leve. Le sigue la presencia de gravedad moderada

(21,9% de los casos) y la existencia de un 9,9% de gravedad alta en maltrato sexual (ver *Figura 5.4.*). Estos datos también se reflejan en la *Tabla 5.6.*

Figura 5.2. Presencia y gravedad de la violencia física.

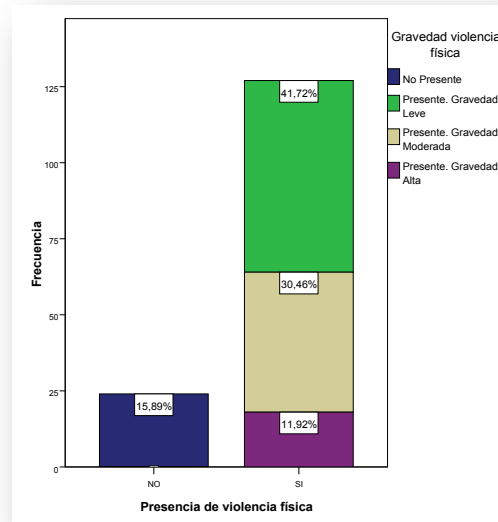


Figura 5.3.: Presencia y gravedad de violencia psicológica

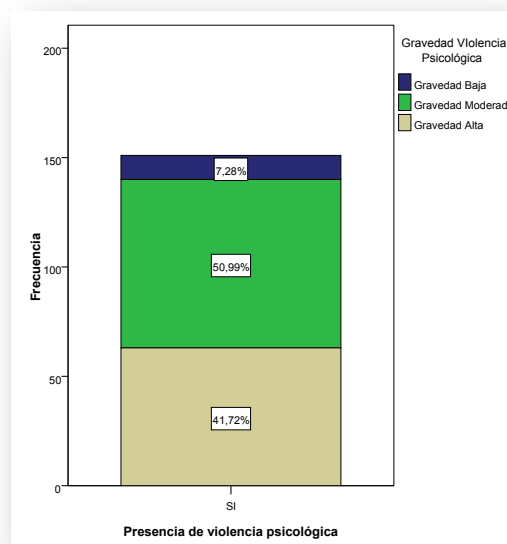
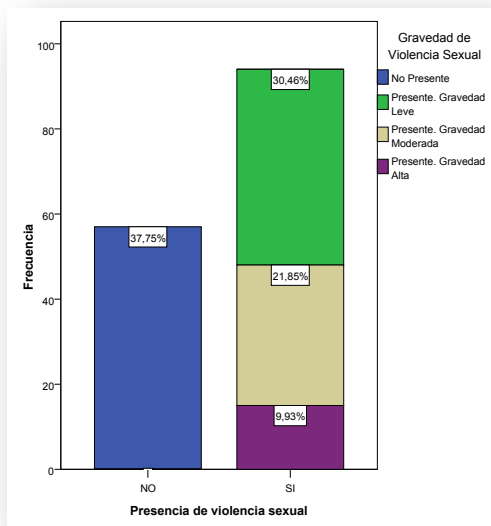


Figura 5.4.: Presencia y gravedad de violencia sexual



Duración de la relación violenta:

En este apartado se evaluó de forma diferenciada la duración de la relación total (independientemente de que se detectara o no violencia) y la duración de la relación desde que las mujeres detectan la existencia de malos tratos (ver *Tabla 5.8*). El objetivo era analizar si existía correspondencia o no entre ambos tipos de duración, para saber si la violencia aparece desde el principio de la relación o las mujeres estiman la existencia de un periodo no violento anterior al maltrato.

Los resultados obtenidos a través de la tabulación cruzada (ver *Tabla 8.1*. en Anexos) de ambas variables (duración total de la relación y duración de la relación violenta) nos señalan que existe una elevada correspondencia entre ambas ($\chi^2[9, 151] = 362,04, p < ,001$, $V \text{ de Cramer} = .89$), lo que indica que la violencia está presente a lo largo de toda la relación en la mayor parte de los casos analizados.

Analizando la correlación entre ambas variables, se obtiene, en la línea de los anteriores resultados, una asociación positiva muy elevada ($r = ,994, p < ,001$)

Teniendo en cuenta el alto solapamiento entre ambas, nos centraremos en la duración de la relación violenta, donde lo más prevalente es una duración de 3 a 10 años (45,6%),

seguido de una duración de más de diez años de relación (37%), de 1 a 3 años (12,5%) y de menos de un año (4,6%), respectivamente.

Frecuencia de los tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual):

En relación con el maltrato físico, lo más habitual es una frecuencia puntual (en una sola ocasión, que aparece en el 25,8% de los casos). Un maltrato físico con una periodicidad mensual es detectado en el 19,9% de la muestra, seguido de una presencia semanal (12,6%) y anual (11,3%). Aparece semestralmente en el 9,9% de los casos, y un 3,3% refiere violencia física a diario.

En cuanto al maltrato psicológico, de una forma abrumadora un 78,1% de las mujeres lo experimenta a diario, seguido de una frecuencia semanal (17,2%), mensual (4%) y semestral (0,7%), respectivamente. Llama la atención la elevada frecuencia de este tipo de maltrato, indicando que estamos ante una violencia que no solo está presente en todos los casos analizados, sino que además se expresa de forma habitual en la cotidianeidad de la relación violenta.

Lo más prevalente es no presentar violencia sexual, si bien un 22,5% de los casos informa de una frecuencia semanal. Un 12,5% lo experimenta de forma mensual, un 9,3% de forma puntual (en una sola ocasión) y semestral, y un 4% tanto de forma anual como a diario.

En términos generales, podemos resumir que lo habitual es que la violencia física se experimente en una sola ocasión, la violencia psicológica se experimente a diario, y que no aparezca violencia sexual (y cuando aparece, se experimenta con una frecuencia semanal) (ver *Tabla 5.6.*).

Variables que exploran el riesgo y protección en la historia de violencia:

Se han analizado una serie de cuestiones que resultan útiles en la práctica clínica para detectar el grado de riesgo (o peligrosidad) en el que se encuentra una mujer en una relación de maltrato. A continuación detallamos los datos más sobresalientes que se ha encontrado en este estudio, si bien la información completa se pueden observar en la *Tabla 5.9.*

La gran mayoría de las mujeres no mantienen la relación violenta por la que acudieron a un recurso específico de violencia de género (un 86,6%), y presentan conciencia de su situación de malos tratos (un 96,7%). Además, más de la mitad de las mujeres (casi un 69%) han intentado romper con la pareja violenta en ocasiones anteriores. En casi todos los casos

(91,3%), alguien del entorno o de la confianza de las mujeres son conocedores de la situación de malos tratos que está experimentando.

Casi la mitad de las mujeres denunciaron y también solicitaron orden de protección (OP), pero prevalecen aquellas que no han interpuesto denuncia por violencia de género o no han solicitado medidas de protección (un 53%). Del total de la muestra, un 33,7% de las mujeres han obtenido OP, pero si lo estudiamos en función de aquellas que lo han solicitado (un 47%), observamos que al 70,4% de las mujeres se les ha otorgado medidas de protección en instancias judiciales. Solo un 5,3% han ingresado en un Centro de Emergencias o de Acogida.

En cuanto a la exploración de los antecedentes de violencia en la historia de la mujer, un 28% revela que existía VGP entre sus progenitores, un 26,5% informa de antecedentes de maltrato familiar en su infancia, y un 19,9% de la muestra han experimentado en el pasado al menos otra relación de maltrato en el ámbito de la pareja. Si nos paramos a analizar la relación entre estos resultados, podemos afirmar que aquellas mujeres que han sido víctimas de maltrato familiar en su infancia muestran mayor proporción de VGP entre sus progenitores (69,2%), frente a aquellas que no han sufrido maltrato en su infancia, donde el 86,4% no presentan VGP en la historia de pareja de sus padres ($\chi^2[1,151] = 44,44$; $p < ,001$, V de Cramer = ,54) (ver *Tabla 8.2.* en Anexos).

Existe casi la misma proporción de mujeres que han percibido riesgo para su propia integridad (un 49,7%) y las que no (51,3%). En menor medida existe percepción de riesgo para los hijos/as, ya que un 60,3% de las mujeres con hijos/as no han sentido en peligro la integridad de su descendencia.

En cuanto a características de la pareja agresora que pueden suponer un riesgo para la mujer, un 43,7% informan de la existencia de problemas de abuso de alcohol y/o otras sustancias. En menor medida, se detectan problemas psiquiátricos en el 13,2% de las parejas, y solo un 8,6% de los maltratadores cuentan con permiso de armas.

Tipos de violencia:

Este trabajo ha obtenido que en términos generales, el total de la muestra ha experimentado violencia psicológica (100%), el 84,1% de las mujeres ha experimentado violencia física, y por último, en un 62,3% de la muestra se detecta violencia sexual.

Concurrencia de tipos de violencia:

Lo más prevalente en la muestra evaluada es que se detecte los tres tipos de violencia conjuntamente (física, psicológica y sexual) en la historia de VGP (un 53% presenta los tres tipos de violencia). Le sigue de cerca la existencia de dos tipos de violencia (aparece en un 40,4% de la muestra), siendo más frecuente la concurrencia de violencia psicológica y física (ver *Figura 5.5.*)

Figura 5.5. Concurrencia de tipos de violencia

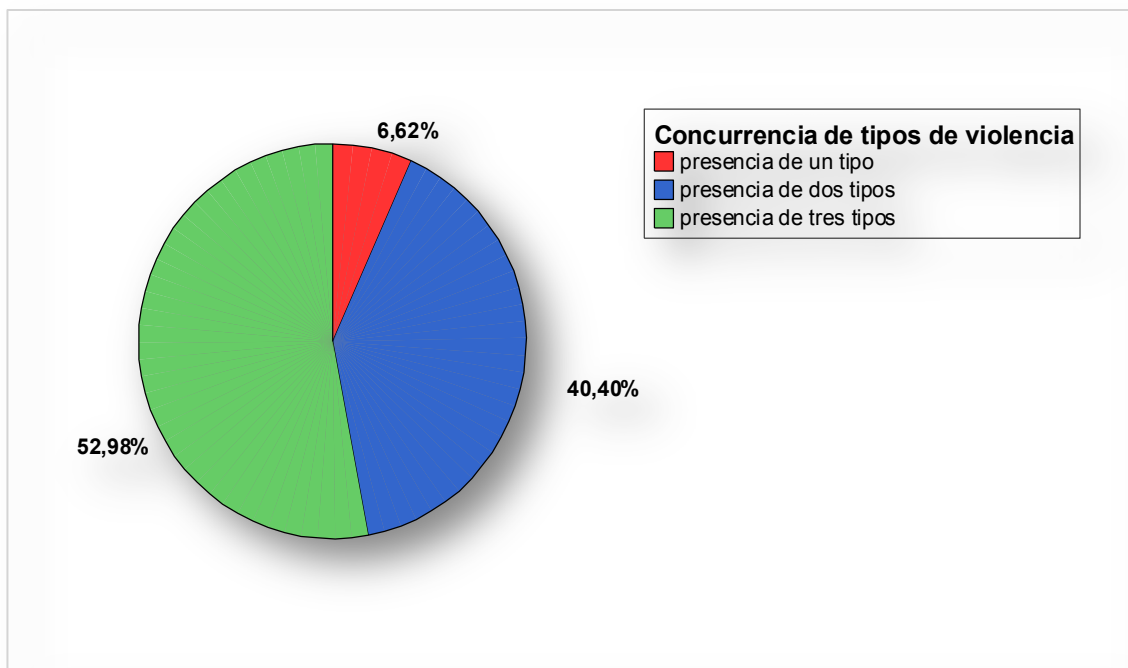


Tabla 5.6. Presencia, gravedad y frecuencia de los tipos de violencia

	Violencia Física		Violencia Psicológica		Violencia Sexual	
Presencia de tipos de violencia:	127	84,1%	151	100%	94	62,3%
Gravedad de la violencia:						
– No presente	24	15,9%	0	0%	57	30,5%
– Gravedad leve.	63	41,7%	11	7,3%	46	30,5%
– Gravedad moderada	46	40,5%	77	51%	33	21,9%
– Gravedad alta	18	11,9%	63	41,7%	15	9,9%
Frecuencia de la violencia:						
– No presente	26	17,2%	0	0%	58	38,4%
– Puntual	39	25,8%	0	0%	14	9,3%
– Anual	17	11,3%	0	0%	6	4%
– Semestral	15	9,9%	1	0,7%	14	9,3%
– Mensual	30	19,9%	6	4%	19	12,6%
– Semanal	19	12,6%	26	17,2%	34	22,5%
– Diario	5	3,3%	118	78,1%	6	4%

Tabla 5.7. Concurrencia de los distintos tipos de violencia

Concurrencia de tipos de violencia	N	%
Un solo tipo de violencia	10	6,6
Violencia psicológica	10	6,6
Dos tipos de violencia:	61	40,4
Violencia psicológica y física	47	31,1
Violencia psicológica y sexual	14	9,3
Tres tipos de violencia:	80	53
Violencia física, psicológica y sexual	80	53

Tabla 5.8. Duración de la relación total y de la relación violenta

Duración de la relación	N	%
Menos de un año		
Relación total	6	3,9
Relación violenta	7	4,6
1-3 años		
Relación total	17	11,2
Relación violenta	19	12,5
3-10 años		
Relación total	64	42,3
Relación violenta	69	45,6
+ 10 años		
Relación total	64	42,3
Relación violenta	56	37

Tabla 5.9. Variables de Riesgo en la historia de violencia

	SI (%)	NO (%)
Permanencia en la relación violenta en la actualidad	13,2	86,8
Intentos previos de ruptura por parte de la mujer	68,9	31,1
Conciencia maltrato	96,7	3,3
Denuncias por VG	47	53
Solicitud OP	47	53
Obtención OP	33,1	66,9
Antecedentes VGP	19,9	80,1
Antecedentes MT familiar	26,5	73,5
VGP en progenitores	28	72
Ingreso en centro de emergencias	5,3	94,7
Percepción del riesgo de la propia vida	49,7	50,3
Percepción riesgo de la vida de hijos/as	35,1	64,9
Conoce alguien su situación de VGP	91,3	8,6
Pareja con permiso de armas	8,6	81,4
Pareja con problemas psiquiátricos	13,2	86,8
Pareja con problemas de consumo de sustancias/alcohol	43,7	56,3

Análisis de variables de riesgo y protección de la violencia en función de los clústeres de gravedad de VGP:

En este análisis salen diferencias significativas en función de la gravedad de la violencia y las siguientes variables de riesgo y protección (ver *Tabla 5.10.*): la existencia de intentos previos de ruptura, antecedentes de maltrato familiar en la infancia, así como en la percepción del riesgo (tanto propio como de sus hijos/as). Las tablas de contingencia se adjuntan en el Anexo (*Tablas 8.2-8.6.*).

En relación con la existencia de intentos previos de ruptura en la relación violenta, los resultados parecen indicar que cuando el maltrato es más severo (clúster 2), existen más intentos de ruptura (un 51,9%), mientras que cuando el maltrato es de gravedad leve-moderada (clúster 1) de forma mayoritaria no se producen intentos de terminar la relación (en un 80,9% de los casos).

La existencia de maltrato familiar también tiene una distribución diferenciada entre los dos grupos de gravedad: mientras que el clúster 1 (gravedad leve-moderada) en su mayoría no refiere antecedentes de violencia familiar (68,5%), el clúster 2 (gravedad moderada-alta) muestra cómo un 70% sí cuenta con antecedentes de maltrato familiar en su infancia. Estas diferencias son también significativas.

Los resultados señalan que las mujeres que refieren mayor gravedad en el maltrato (clúster 2) tienen de forma mayoritaria percepción de riesgo de su propia identidad (en un 61,9% de los casos). Por el contrario, las mujeres que informan de menor gravedad en su historia de violencia (clúster 1) no suelen percibir riesgo para su propia integridad (en un 68,4% de los casos).

Del mismo modo, las mujeres con mayor gravedad en el maltrato también suelen ser las que más percepción de riesgo hacia sus hijos/as muestran (un 61,9% del clúster 2), mientras que aquellas pertenecientes al clúster 1, con un carácter más leve de la violencia, no perciben dicho riesgo en su descendencia de forma mayoritaria (un 64,3%).

Tabla 5.10. Relación de duración de la relación violenta con las variables sociodemográficas

Variables	χ^2 (151,1)	P-Valor	V de Cramer	Sig. Diferencias
Mantenimiento de la relación violenta	3,16	,075	,14	NO
Intentos de ruptura	14,3	,000	,30	SI – Un 80,9% del C1 no tiene intentos de ruptura – Un 51,9% del C2 sí tiene intentos previos de ruptura
Denuncias VG	1,24	,264	,09	NO
Solicitud OP	2,09	,148	,11	NO
Obtención OP	1,21	,271	,09	NO
Conciencia MT	,08	,316	,08	NO
Antecedentes VGP	1,05	,304	,08	NO
MT familiar	17,89	,000	,34	SI – El 68,5% del C1 no tiene MT Familiar – El 70% del C2 sí refiere MT familiar.
VGP en progenitores	4,33	0,37	,17	SI – El 63,9% del C1 no presenta VGP en padres – Un 54,8% del C2 sí presenta VGP en los padres
Ingreso en centro de emergencia	,06	,803	,02	NO
Percepción de riesgo propio	6,47	,011	,20	SI – El 68,4% del C1 no muestra percepción de riesgo – El 61,9% del C2 sí muestra percepción de riesgo
Percepción de riesgo en hijos/as	4,14	,042	,16	SI – El 64,3% del C1 no ha percibido riesgo en los hijos/as – El 52,8% del C2 sí ha percibido riesgo.
Conocimiento de la VG por el entorno	,65	,418	,06	NO
Pareja con permiso de armas	,06	,803	,02	NO
Probl. psiquiátricos de la pareja	3,16	,075	,14	NO
Problemas con sustancias de la pareja	,67	,412	,06	NO

* En negrita aquellas diferencias que resultan significativas para $p < ,05$

Análisis de variables sociodemográficas en función de los clústeres de gravedad de VGP.

Una vez explicado el modo de creación de los clústeres (gravedad leve-moderada y gravedad moderada-alta) de la violencia experimentada (tomando conjuntamente los tipos de violencia física, psicológica y sexual), se procede al análisis de las diferencias existentes en las variables sociodemográficas que este estudio propone en función de los clústeres creados.

Como puede observarse en la *Tabla 5.11.*, no existen diferencias entre el estado civil, la nacionalidad, y los ingresos, en función de la gravedad de la violencia global. Sí encontramos diferencias respecto al lugar de residencia (en el Municipio de Madrid Capital es más prevalente la gravedad leve-moderada, frente al Área Metropolitana donde hay más prevalencia en la gravedad moderada-alta). Respecto a la formación académica, hay más mujeres con estudios universitarios que presentan una gravedad leve-moderada. Todas las mujeres de más de 65 años presentaron una gravedad moderada-alta (si bien sólo se trata de 3 casos con esa edad, resultando poco representativo). Además, pese a que las mujeres que no cuentan con actividad laboral remunerada se distribuyen de forma equitativa en los dos clústeres, las mujeres que sí que trabajan presentan una gravedad de violencia menor (clúster 1). Finalmente, existe mayor proporción de mujeres en el clúster de gravedad leve-moderada que tanto si tienen hijos/as como si no, pero esta proporción es mucho mayor en el caso de las mujeres que no tienen descendencia.

En resumen, podríamos definir que las mujeres que residen en el Municipio de Madrid Capital, que cuentan con estudios universitarios, que cuentan con actividad laboral remunerada y no tienen hijos presentan un perfil de violencia leve-moderada. En contraste, aquellas que residen en el Área metropolitana de Madrid, y cuentan con más de 65 años tienen mayor prevalencia en experimentar una violencia más grave (moderada-alta). Las tablas de contingencia de los resultados se adjuntan en el Anexo (*Tablas 8.7.-8.11.*).

Tabla 5.11. Relación de Pertenencia a Clúster con las variables sociodemográficas.

Variables	χ^2(gl)	P-Valor	V de Cramer	Sig. Diferencias
Estado civil	2,23(4)	,693	,12	NO
Lugar de residencia	8,89(2)	,012	,24	SI (en Capital un 75% es C1; en Área metropolitana, el 54,2% es C2)
Formación Académica	10,4(4)	,034	,26	SI (en estudios universitarios un 58,3% es C1)
Clase social subjetiva	6,79(4)	,147	,21	SI (en clase medio baja un 53,7% es clúster 2)
Edad (intervalos)	4,61(3)	,203	,17	SI (en + 65 años el 100% es C2)
Nacionalidad	,19(1)	,656	,03	NO
Actividad laboral remunerada	4,02 (1)	,045	,16	SI (50% de las que no tienen actividad laboral están en cada clúster; un 63,3% de las que si trabajan están en el C1)
Ingresos	1,96(1)	,161	,11	NO
Descendencia	4,47(1)	,034	,17	SI (el 80% de las que no tienen hijos están en el C1; el 55% de las que al menos tienen un hijo también están en el C1)

N = 151

* En negrita aquellas diferencias que resultan significativas para $p < ,05$

Análisis de variables sociodemográficas en función de la duración de la relación violenta:

También podemos analizar las diferencias en las variables sociodemográficas con otro indicador de gravedad del maltrato: la duración de la relación violencia. Los resultados señalan que no existen diferencias significativas en el lugar de residencia, nivel de formación académica, nacionalidad, actividad laboral remunerada e ingresos en función de la mayor o menor duración de la relación violenta. Esta variable sí muestra diferencias relevantes en estado civil, clase social subjetiva y edad (ver *Tabla 5.12.*). Las tablas de contingencia se adjuntan en el Anexo (*Tablas 8.11-8.14.*).

En este sentido, se ha obtenido que la duración de la historia de violencia fue menor en las mujeres que actualmente no se encuentran con pareja, seguida de las mujeres que actualmente tienen pareja (sin trámites que formalicen su relación legalmente). Por otro lado, las mujeres que están casadas, y separadas/divorciadas muestran una relación de maltrato más duradera (más de diez años), frente a las que están en trámites de divorcio o separación.

Parece que formalizar legalmente la relación, hace más probable una mayor permanencia en la relación violenta.

Por otro lado, en relación a la clase social subjetiva, los datos señalan que a medida que vamos subiendo el nivel social, es más probable que dure menos la relación.

Como es de esperar, a mayor edad de las mujeres, es más probable que la duración de la relación maltratante dure más años.

Finalmente, tener descendencia está asociado con permanecer más años en la relación violenta, mientras que aquellas mujeres que no han tenido hijos/as muestran una duración menor en la historia de pareja con el agresor.

Tabla 5.12. Relación de duración de la relación violenta con las variables sociodemográficas

Variables	χ^2 (gl)	P-Valor	V de Cramer	Sig. Diferencias
Estado civil	35,81(12)	,000	,28	SI
				– Sin pareja: más presente la duración menor de un año (71,4%) y menos prevalente en más de 10 años de duración (12,5%)
				– Con pareja: más presente en duración de 1-3 años (26,3%) y no presente en más de 10 años (0%)
				– Casadas: más prevalente la duración de más de 10 años (17,9%)
				– Divorcio/separación: más prevalente la duración de más de 10 años (48,2%)
Lugar de residencia	7,02(6)	,319	,15	– En trámites de divorcio: menos prevalente la duración de más de 10 años (21,4%)
				NO
Formación Académica	10,24(12)	,594	,15	NO
Clase social subjetiva	22,10(12)	,036	,221	SI
				– Medio-Baja: no presente en duración menor a un año (0%)
				– Media: más prevalencia de duración de 1-3 años (63,2%)
Edad (intervalos)	26,66(9)	,002	,23	– Media-alta: más presencia de duración menor a un año (42,9%) y menor presencia en duración de 3-10 años (7,2%)
				SI
				– (18-29): más presente en duración menor a un año (42,9%) y no presente en duración de más de 10 años (0%)
Nacionalidad	3,42(3)	,331	,15	– (45-64): más presente en duración de más de 10 años (41,1%) y menos presente en duración entre 3-10 años (20,3%)
				– (+65): más presente en duración de más de 10 años (100%)
Actividad laboral remunerada	3,88(3)	,274	,16	NO
Ingresos	3,17(3)	,365	,14	NO
Descendencia	54,32(3)	,000	,60	SI
				– Sin hijos/as: mayor presencia en duración menor de un año (85,7%) y duración 1-3 años (42,1%); menor presencia en duración 3-10 años (7,2%) y más de 10 años (1,8%)
Nacionalidad	3,42(3)	,331	,15	– Con hijos/as: mayor presencia en duración de 3-10 años (92,8%) y más de 10 años (98,2%); y menor presencia en duración menor a un año (14,3%) y duración entre 1-3 años (57,9%)
				NO

* En negrita aquellas diferencias que resultan significativas con $p < ,05$

Relación de las variables de violencia con el apego adulto:

No se han encontrado diferencias significativas en los dos clúster de violencia en función de los cuatro tipos de apego adulto ($\chi^2=[151,3] = 2,53; p = ,469$ *V de Cramer* = ,46).

En relación con la frecuencia de la violencia (física, psicológica y sexual), tan solo se ha encontrado diferencias significativas en la violencia psicológica, en el sentido que las mujeres con apego inseguro experimentan mayor frecuencia de las agresiones psicológicas frente a las mujeres con apego seguro ($F=13,93; gl = 149; \eta^2 = ,027; p < ,001$) (ver *Tablas 8.15 y 8.16* en Anexos).

Se han analizado las correlaciones entre variables de la historia de maltrato (frecuencia de la violencia, gravedad de cada tipo de maltrato y la duración de la relación), con los ítems que corresponden a cada subtipo de apego (CR) y las escalas dimensionales (AAS). Respecto a los ítems del Cuestionario de Relación, se han obtenido las siguientes relaciones significativas: el Apego Preocupado correlaciona de forma positiva tanto con la Duración total de la relación ($r = ,233; p < ,001$) como con la Duración de la relación cuando se detecta la violencia ($r = ,233; p < ,005$). El apego Temeroso muestra, por su parte, correlación positiva con la Frecuencia de la violencia física ($r = ,230; p < ,001$).

Las dimensiones del cuestionario AAS muestran las siguientes asociaciones significativas: Ansiedad correlaciona positivamente con la Duración total de la relación ($r = ,162; p < ,005$) y Evitación correlaciona de forma negativa con la Frecuencia de la violencia física ($r = -,189; p < ,005$); el mayor peso de esta correlación viene explicada por el factor Dependencia ($r = ,191; p < ,005$), uno de los factores que forma la dimensión Evitación (Cercanía no obtuvo relación significativa). Puede observarse el conjunto total de correlaciones en la *Tabla 8.49* (Anexos).

Relación de las variables de violencia con resiliencia:

Se ha realizado un análisis de la relación entre las variables de violencia (frecuencia, gravedad y duración de la relación) y las de resiliencia (factores de primer y segundo orden, y

puntuación total), y solo salen tres relaciones significativas, todas ellas asociadas a la violencia física: a más Frecuencia de violencia física, menores puntuaciones en Ecuanimidad ($r=-,214$; $p <,001$) y en Aceptación con uno mismo y con la vida ($r=-,187$; $p <,001$). Además, a más Gravedad de la violencia física, menos puntuaciones en Ecuanimidad ($r=-,185$; $p <,001$). El resto de las variables no parecen covariar conjuntamente de forma significativa. Para más detalles, ver *Tabla 8.50* en Anexos.

Relación de las variables de violencia con el afrontamiento:

De forma similar a lo que sucede con la resiliencia, existen pocas correlaciones entre las variables del afrontamiento y las de violencia. En términos generales, se puede concluir que de las asociaciones observadas, aquellas que son entre estrategias racionales de afrontamiento se relacionan de forma negativa con la violencia, mientras que aquellas que son estrategias emocionales parecen asociarse de forma positiva con las variables de maltrato. En este sentido, la Reevaluación Positiva se relaciona inversamente con la Gravedad de la violencia psicológica ($r=-,217$; $p <,001$), y con la Duración total de la relación ($r=-,165$; $p <,005$). La estrategia de Expresión Emocional Abierta se relaciona de forma positiva con la Gravedad de la violencia física ($r=,168$; $p <,005$), y la Autofocalización Negativa con la Frecuencia de la violencia física ($r=,202$; $p <,001$). Finalmente El factor Evitación correlaciona de forma negativa con la Frecuencia de las agresiones sexuales ($r=-,166$; $p <,005$). Si se desea ampliar la información, puede consultarse la *Tabla 8.51* en Anexos.

Relación de las variables de violencia con la psicopatología y ajuste personal:

Es relevante que, a diferencia de las comparaciones anteriores, existen numerosas correlaciones entre las variables del maltrato y la psicopatología medida a través del SA-45 (ver *Tablas 8.52*. en Anexos).

La Duración total de la relación correlaciona de forma positiva con las escalas de Somatización ($r=,162$; $p <,005$), Obsesivo-Compulsivo ($r=,223$; $p <,001$) y Depresión ($r=,174$; $p <,005$). La Duración de la relación violenta presenta también relación con los factores de Somatización ($r=,196$; $p <,005$), Obsesivo-Compulsivo ($r=,261$; $p <,001$) y

Depresión ($r=,178$; $p <,005$), y también presenta relación con Ansiedad ($r=,191$; $p <,005$) y la puntuación total del SA-45 ($r=,181$; $p <,005$).

En cuanto a las frecuencias del maltrato, la violencia física correlaciona de forma positiva con todas las escalas psicopatológicas del SA-45 a excepción de la escala de Somatización; las correlaciones son las siguientes: Obsesivo-Compulsivo ($r=,312$; $p <,001$), Sensibilidad interpersonal ($r=,202$; $p <,001$), Depresión ($r=,241$; $p <,001$), Ansiedad ($r=,267$; $p <,001$), Hostilidad ($r=,174$; $p <,001$), Ansiedad Fóbica ($r=,234$; $p <,001$), Ideación Paranoide ($r=,228$; $p <,001$), Psicoticismo ($r=,169$; $p <,001$) y Puntuación total ($r=,265$; $p <,001$). Llama la atención que la mayor Frecuencia de violencia psicológica solo está asociada a mayores puntuaciones en Ansiedad Fóbica ($r=,167$; $p <,005$). No hay relación en la esfera de la violencia sexual. Por lo tanto, destaca la relevancia del factor físico en la frecuencia de la violencia a la hora de experimentar sintomatología clínica.

Si observamos la gravedad, la violencia física está asociada positivamente de nuevo con todas las escalas menos Somatización: Obsesivo-Compulsivo ($r=,209$; $p <,001$), Sensibilidad interpersonal ($r=,247$; $p <,001$), Depresión ($r=,180$; $p <,005$), Ansiedad ($r=,212$; $p <,001$), Hostilidad ($r=,171$; $p <,005$), Ansiedad Fóbica ($r=,190$; $p <,005$), Ideación Paranoide ($r=,171$; $p <,005$), Psicoticismo ($r=,186$; $p <,001$) y Puntuación total ($r=,217$; $p <,001$). En este caso la violencia psicológica correlaciona de forma positiva con dos escalas, como son la Sensibilidad Interpersonal ($r=,171$; $p <,005$) y Depresión ($r=,193$; $p <,005$). La violencia sexual solo correlaciona con Somatización ($r=,163$; $p <,005$), siendo la única relación significativa de esta escala psicopatológica.

En términos generales, los resultados parecen indicar que la violencia física (ya sea en frecuencia o gravedad) está asociada a casi toda la psicopatología estudiada. Le sigue con menos asociaciones clínicas la vivencia de maltrato psicológico (en gravedad y frecuencia), y la violencia sexual parece no relacionarse con ninguna escala, a excepción con síntomas de somatización. Todas las relaciones significativas entre violencia y psicopatología son positivas, no existiendo ninguna escala clínica que correlacione de forma inversa.

Por otro lado, al realizar comparaciones en las escalas del SA-45 en función de los clústeres de gravedad, aparecen diferencias significativas. El Clúster 2, de gravedad moderada-alta, tiene mayor presencia de Somatización ($F=1,276$; $gl.= 147$; $\eta^2=,026$; $p=,046$), Depresión ($F=1,054$; $gl.= 146$; $\eta^2=,043$; $p=,010$), y Hostilidad ($F=,132$; $gl.= 147$;

$\eta^2=,038$; $p=,015$); la Puntuación total del SA-45 tiene mayor presencia en el Clúster 2 pero se queda cerca de que estas diferencias sean significativas ($F=2,405$; $gl.= 35$; $\eta^2=,025$; $p=,058$). Esta información puede observarse en las *Tablas 8.17 y 8.18*. de los Anexos.

Finalmente, se ha querido analizar en referencia al SA-45 si existen diferencias psicopatológicas entre las mujeres que mantienen aún la relación, en comparación con aquellas que manifiestan haber roto con el agresor. Pues bien, se han obtenido diferencias significativas (con mayor presencia en aquellas mujeres que siguen estando con el maltratador) en: Somatización ($F= 4,318$; $gl.= 147$; $\eta^2=,028$; $p=,020$), Ansiedad ($F=,198$; $gl.= 147$; $\eta^2=,032$; $p=,039$), Ideación Paranoide ($F=,258$; $gl.= 145$; $\eta^2=,037$; $p=,018$) y Puntuación total de la escala ($F=,001$; $gl.= 135$; $\eta^2=,025$; $p=,036$). Ver *Tablas 8.19 y 8.20*. (en Anexos) para más datos.

Si nos centramos en los datos que nos aporta la escala DTS en relación con el estrés postraumático, podemos observar sus correlaciones con la violencia (ver *Tabla 8.53*. en Anexos). Llama la atención que ni la duración de la relación (total o violenta) ni la violencia psicológica (en frecuencia o gravedad) correlacionan de forma significativa. Sí lo hace de forma predominante la violencia física (en gravedad y frecuencia), seguido de la violencia sexual (en gravedad salvo con hiperactivación), en relación con la puntuación total y cada una de las escalas del cuestionario DTS. De este modo, la frecuencia de violencia física está asociada a puntuaciones totales en TEPT ($r=,243$; $p<,001$), al factor Intrusión (o reexperimentación; $r=,248$; $p <,001$), al factor Evitación ($r=,182$; $p <,005$) y a la escala de Hiperactivación ($r=,228$; $p <,001$). La Gravedad física presenta las siguientes correlaciones: con la puntuación total de DTS ($r=,243$; $p<,001$), con la Escala de Intrusión ($r=,184$; $p<,005$), la escala de Evitación ($r=,194$; $p<,005$) y la Escala de Hiperactivación ($r=,256$; $p<,001$). Por su parte, la gravedad de la violencia sexual aparece asociada a la puntuación total del DTS ($r=,211$; $p<,001$), a la Escala Intrusión ($r=,202$; $p<,005$) y la escala Evitación ($r=,193$; $p<,005$). En términos generales, podemos decir que a mayor frecuencia y gravedad de la violencia, mayor sintomatología de estrés postraumático.

Si comparamos los dos clúster de violencia, se encuentran diferencias en una escala del DTS: el Clúster 2, de mayor gravedad, presenta mayores puntuaciones en la escala total DTS ($F=2,739$; $gl.= 146$; $\eta^2=,025$; $p=,050$) y en la escala de Evitación Total ($F=2,843$; $gl.=$

148; $\eta^2=,025$; $p=,046$). El resto de escalas siguen la misma dirección (mayores puntuaciones en Clúster 2), pero las diferencias no resultan significativas (ver *Tablas 8.21. y 8.22. en Anexos*).

No se han obtenido diferencias significativas en la puntuación total del DTS en función de si las mujeres permanecían o no en la relación maltratante.

Resulta interesante ver cómo se relacionan las variables de violencia con las medidas de culpa y vergüenza (PFQ-2) (Ver *Tabla 8.54 en Anexos*). En cuanto a las correlaciones existentes (todas positivas), la puntuación total del PFQ correlaciona con la Duración total de la relación ($r=,222$; $p <,001$) y con la Duración desde que se inicia la violencia ($r=,270$; $p <,001$), así como con la Frecuencia de violencia física ($r=,211$; $p <,001$), y la Gravedad de violencia física ($r=,225$; $p <,001$), y psicológica ($r=,183$; $p <,005$). Por su parte, el factor Vergüenza correlaciona también con la Duración total ($r=,189$; $p <,005$) y la Duración con violencia de la relación ($r=,232$; $p <,001$), con la Frecuencia de la violencia física ($r=,230$; $p <,001$), y la Gravedad tanto física ($r=,195$; $p <,005$), como psicológica ($r=,182$; $p <,005$). Finalmente, el factor Culpa está asociado de nuevo a la Duración total ($r=,168$; $p <,005$) y la Duración de la relación violenta ($r=,225$; $p <,001$), la Frecuencia de violencia psicológica ($r=,183$; $p <,005$), y la Gravedad física ($r=,179$; $p <,005$), psicológica ($r=,200$; $p <,005$) y sexual ($r=,185$; $p <,005$). A grandes rasgos, podemos detectar que tanto a más duración de la relación como a mayor gravedad de la violencia, mayores sentimientos de culpa y vergüenza; que en términos globales es la frecuencia de la violencia física la más asociada a estos sentimientos; que la vergüenza presenta más relación con la violencia física (y menos con la sexual), y que la culpa es la que más se vincula a la violencia psicológica.

En cuanto a las diferencias de medias en las puntuaciones de vergüenza y culpa en los clústeres de violencia, si bien la presencia de estas variables psicológicas es mayor en el grupo de violencia más grave (Clúster 2), los resultados sugieren que no existen diferencias significativas en los dos grupos de gravedad. Lo mismo sucede al comparar las puntuaciones del PFQ-2 en función del mantenimiento actual de la relación violenta: las mujeres que permanecen aún en la relación de VGP tienen mayores puntuaciones en culpa y vergüenza, pero estas diferencias no se muestran significativas.

En tercer lugar, es importante observar cómo se relaciona la violencia con el ajuste personal (medido con el MARA-R), en el sentido de si existe una buena percepción de la familia de origen, la pareja y familia constituida, así como una autopercepción positiva (puede consultarse la *Tabla 8.55*. en Anexos). Los resultados sugieren que las puntuaciones totales de ajuste personal están relacionadas de forma negativa con la Frecuencia de la violencia psicológica ($r=-,232$; $p <,001$), así como con la Gravedad Psicológica ($r=-,222$; $p <,005$) y sexual ($r=-,200$; $p <,005$). Si analizamos los factores del MARA-R, obtenemos que la Autopercepción positiva correlaciona de forma negativa con la Gravedad de la violencia sexual ($r=-,169$; $p <,005$). El factor con más relaciones es la Autopercepción de la pareja y familia constituida, donde existen relaciones inversas entre la Duración total ($r=-,196$; $p <,005$) y Duración violenta ($r=-,250$; $p <,001$), con la Frecuencia de las agresiones psicológicas ($r=-,232$; $p <,001$), y con la Gravedad de la violencia psicológica ($r=-,199$; $p <,005$). El factor Familia de origen no parece relevante en estas comparaciones. Con estos datos, podemos deducir que la violencia física no tiene relación de peso en el ajuste personal, destacando principalmente el papel de la violencia psicológica con una mal ajuste personal y en concreto una mala percepción de la pareja y familia constituida. La violencia sexual influye en que una peor autopercepción personal.

Los análisis también nos muestran que las mujeres con menor gravedad en su historia de violencia (Clúster 1) presentan mayor ajuste personal ($F=3,759$; $g.l.= 114$; $\eta^2=,045$; $p=,011$) que las que cuentan con mayor gravedad en la violencia experimentada en la pareja (ver *Tablas 8.23*. y *8.24*. en Anexos).

Finalmente, se ha analizado si existe menor ajuste personal en aquellas mujeres que permanecen en la relación frente a las que no, encontrándose que las que aún están en relación de pareja con el agresor muestran percepciones menos positivas de su familia de origen ($F=8,586$; $g.l.= 140$; $\eta^2=,028$; $p=,048$) y de sí mismas ($F=,167$; $g.l.= 23$; $\eta^2=,050$; $p=,011$) (Ver *Tablas 8.25*. y *8.26*. en Anexos)

5.4.2. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE APEGO ADULTO EN VGP:

El siguiente bloque de resultados se centrará en evaluar, en primer lugar, la prevalencia de los subtipos de apego, para posteriormente analizar las relaciones entre las dos medidas de apego adulto (CR y AAS). Después se incluyen las relaciones del apego con otras medidas de este estudio: resiliencia, afrontamiento, y psicopatología y ajuste personal.

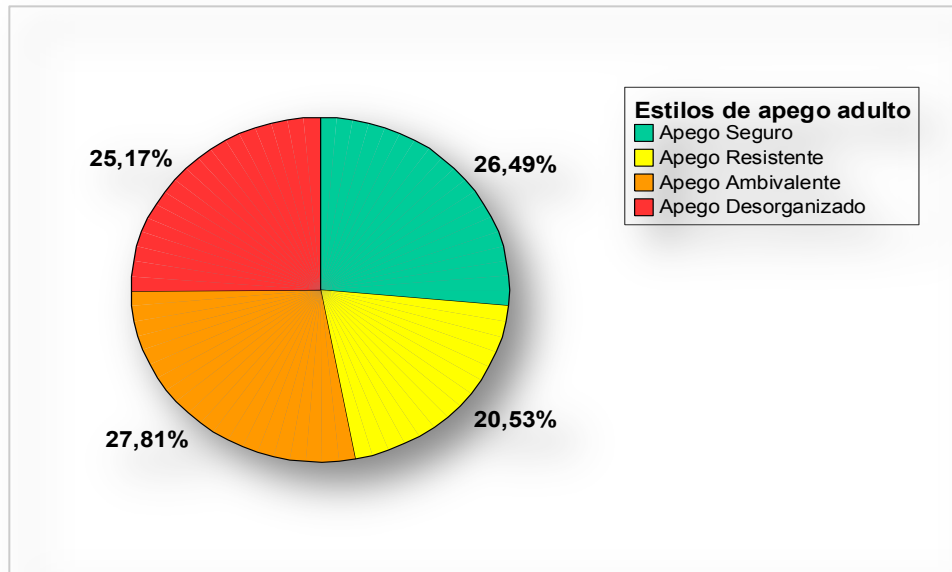
Prevalencia de los tipos de apego adulto:

Como se refleja en las *Tabla 5.13.* y la *Figura 5.6.*, el apego inseguro es más prevalente en la muestra estudiada (73,5%) frente al 26,5% del apego seguro. Dentro del apego inseguro, el estilo preocupado es el más predominante (un 27% de la muestra total), seguido del estilo temeroso (25,2%), y en último lugar se sitúa el apego resistente (20,5%).

Tabla 5.13: Prevalencia de tipos y estilos de apego adulto

Prevalencia de tipos y estilos de apego adulto	N	%
Seguro	40	26,5
Inseguro:	111	73,5
Preocupado	42	27,8
Temeroso	38	25,2
Resistente	31	20,5

Figura 5.6. Prevalencia de los estilos de apego adulto



Relación entre Dimensiones de Apego AAS y Estilos de Apego CR:

Parece interesante analizar cómo se reparten los estilos de apego (CR) en las dimensiones medidas por el AAS. Los datos reflejan que existen diferencias significativas en las cuatro dimensiones en función de los estilos de apego. En la *Tabla 5.14*, se muestran un resumen de los resultados (ver *Tablas 8.27-8.29*, de Anexos para más detalles)

Tabla 5.14. Distribución de los estilos de apego (CR) en función de las dimensiones de apego (AAS).

	F (gl)	Sig.	Eta ²	Diferencias significativas al nivel .05
ANSIEDAD AAS	11,82(3,146)	,000	,19	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente
				– Seguro < Preocupado
				– Resistente < Preocupado y Temeroso
				– Preocupado > Resistente y Seguro
				– Temeroso > Resistente

EVITACIÓN AAS	5,13(3,144)	,002	,31	Seguro > Evitativo > Temeroso > Preocupado
				– Seguro > Preocupado y Temeroso
				– Preocupado < Seguro
				– Temeroso < Seguro

Como puede observarse, los niveles de Ansiedad son mayores en el estilo Preocupado y Temeroso (el primero tiene mayores puntuaciones pero no se diferencian significativamente), seguido del apego Seguro y Resistente (los seguros tienen más ansiedad que los resistentes pero de nuevo sin diferencias significativas). Estos datos sugieren dos bloques diferenciados por la dimensión ansiedad: por un lado el Preocupado y el Temeroso, con los niveles más altos, y por el otro el Seguro y el Resistente, con menores puntuaciones.

Los niveles de Evitación presentan una distribución llamativa: son los estilos Seguro y Resistente (con más puntuaciones en el estilo seguro, pero sin diferencias significativas entre ambos) los que mayores puntuaciones presentan. Les siguen el apego Temeroso y el Preocupado (esta vez es el Temeroso el que más puntuaciones tiene respecto al Preocupado, pero de nuevo sin diferencias significativas). Es llamativa la alta presencia de Evitación en el estilo Seguro, aspecto que se debatirá en las conclusiones. Vuelven a surgir, a la luz de estos resultados los mismos dos bloques: por un lado el Preocupado y Temeroso (con puntuaciones más bajas en evitación) y en el otro lado, el Seguro y Preocupado (con los niveles más altos).

A continuación se ha realizado un estudio de las correlaciones entre los ítems de los cuatro estilos de apego (CR) con las dimensiones de apego (AAS) (ver *Tabla 8.70.* en Anexos). Estas comparaciones indican que la dimensión Ansiedad correlaciona de forma positiva con el estilo Preocupado ($r=,431$; $p <,001$) y el Temeroso ($r=,326$; $p <,001$), y de forma negativa con el estilo Resistente ($r=-,205$; $p <,005$). Por su parte, la Evitación correlaciona de forma positiva con el estilo Seguro ($r=,245$; $p <,001$), y de forma negativa con el apego Preocupado ($r=-,254$; $p <,001$) y Temeroso ($r=-,354$; $p <,001$).

Un último análisis fue realizado entre las dimensiones del AAS, para comprobar si existe la misma relación entre ellas que las que proponen los autores. Como puede observarse

en la *Tabla 8.71* (ver anexos), el factor Ansiedad correlaciona de forma negativa con Evitación ($r = -.387$; $p < .001$). Analizando las variables de las que está formada la variable Evitación, Ansiedad correlaciona de forma positiva y significativa con Dependencia ($r = .391$; $p < .001$) y Cercanía ($r = .231$; $p < .001$).

Relación del apego adulto con la medida de Resiliencia:

A continuación entramos a estudiar las relaciones del apego adulto con las puntuaciones de la escala RS, que evalúa cinco factores de primer orden, que a su vez forman dos de segundo orden.

Los análisis reflejan que existen diferencias en función del estilo de apego en la puntuación total de la escala de resiliencia, y en todos sus factores (ver *Tabla 5.15.*). Se puede destacar que en casi todos los factores el que mayores puntuaciones obtiene es el estilo resistente, seguido del seguro (que le adelanta solamente en satisfacción personal). El estilo temeroso y preocupado son los que menores aspectos resilientes obtienen, especialmente éste último. Para más detalles pueden consultarse las *Tablas 8.30 y 8.31.* del Anexo.

Tabla 5.15. ANOVA entre Resiliencia y Estilos de apego adulto

	F (gl)	Sig.	Eta²	Diferencias significativas al nivel .05
PUNTUACIÓN TOTAL RS	9,89 (3,130)	,000	,18	Resistente > Seguro > Temeroso > Preocupado – Seguro > Preocupado y Temeroso – Resistente > Preocupado y Temeroso – Preocupado < Resistente y Seguro – Temeroso < Resistente y Seguro
Confianza en sí mismo	5,90 (3,141)	,001	,11	Resistente > Seguro > Temeroso > Preocupado – Seguro > Preocupado – Resistente > Preocupado – Preocupado < Resistente y Seguro
Perseve- rancia	3,69 (3,143)	,013	,07	Resistente > Seguro > Temeroso > Preocupado – Resistente > Preocupado – Preocupado < Resistente

Sentirse bien solo	2,96 (3,145)	,034	,05	Resistente > Seguro > Temeroso > Preocupado – Resistente > Preocupado – Preocupado < Resistente
Ecuanimidad	4,14 (3,139)	,008	,08	Resistente > Seguro > Temeroso > Preocupado – Resistente > Preocupado – Preocupado < Resistente
Satisfacción Personal	11,61 (3,145)	,000	,19	Seguro > Resistente > Temeroso > Preocupado – Seguro > Preocupado – Resistente > Preocupado y Temeroso – Preocupado < Seguro y Resistente – Temeroso < Resistente y Seguro
F1. Competencia	6,01 (3,141)	,001	,11	Resistente > Seguro > Temeroso > Preocupado – Seguro > Preocupado – Resistente > Preocupado – Preocupado < Resistente y Seguro
F2. Acept. Uno mismo y la vida	9,427 (3,138)	,000	,170	Resistente > Seguro > Temeroso > Preocupado – Seguro > Preocupado y Temeroso – Resistente > Preocupado – Preocupado < Resistente y Seguro – Temeroso < Resistente y Seguro

En cuanto a las correlaciones (ver *Tabla 8.56.* en el Anexo), se observa cómo el factor Ansiedad (AAS) se relaciona de forma negativa con todas las variables de resiliencia, resultando significativas las siguientes: Puntuación total de Resiliencia ($r=-,288$; $p <,001$), Perseverancia ($r=-,196$; $p <,005$), Ecuanimidad ($r=-,173$; $p <,001$), Satisfacción personal ($r=-,278$; $p <,001$), Competencia personal ($r=-,166$; $p <,005$), y Aceptación de uno mismo y de la vida ($r=-,266$; $p <,001$). Por su parte, el factor Evitación (AAS) muestra relaciones menores, pero en sentido inverso (positivas), con: Confianza en sí mismo ($r=,168$; $p <,001$), Satisfacción personal ($r=,186$; $p <,005$) y Aceptación de uno mismo y de la vida ($r=,194$; $p <,005$).

Relación entre el apego adulto y el afrontamiento al estrés:

También ha sido de interés para este trabajo analizar si existen diferencias en los estilos de apego en función de las puntuaciones del CAE (medida para evaluar el afrontamiento). En la *Tabla 5.16*. se muestra un resumen de los resultados (ver *Tablas 8.32. y 8.33.* en Anexos para más detalle).

Como puede observarse, no existen diferencias significativas entre los distintos estilos de apego y las estrategias de Búsqueda de Solución de Problemas (BAS), Reevaluación Positiva (RVP), Religión (RLG), Expresión Emocional Abierta (EEA), Evitación (EVT) y Afrontamiento Racional. Sí existen diferencias importantes en el Afrontamiento emocional, donde el estilo seguro es el que menor puntuación obtiene en este factor, y el estilo preocupado el que más estrategias de afrontamiento emocional emplea. El estilo preocupado también es el que más estrategias de Autofocalización Negativa utiliza (se trata de una estrategia de afrontamiento emocional), y le sigue el temeroso, el seguro y, en último lugar, el resistente. La única estrategia relevante que pertenece al afrontamiento racional es la Focalización en Solución de Problemas, más presente en el estilo seguro, y con menor empleo por parte de los sujetos temerosos.

Tabla 5.16. ANOVA entre Afrontamiento y Estilos de apego adulto

	F (gl)	Sig.	Eta ²	Diferencias significativas al nivel .05
BAS	1,34 (3,145)	,261	,02	No diferencias significativas
FSP	5,23 (3,146)	,002	,09	Seguro > Resistente > Temeroso > Preocupado – Resistente > Preocupado > Temeroso – Preocupado < Resistente – Temeroso < Resistente
RVP	1,44 (3,145)	,232	,02	No diferencias significativas
RLG	,973 (3,144)	,407	,02	No diferencias significativas
EEA	2,12 (3,139)	,099	,04	No diferencias significativas

AFN	7,58 (3,144)	,000	,13	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente – Seguro < Preocupado – Resistente > Preocupado y Temeroso – Preocupado < Resistente y Seguro – Temeroso < Resistente
EVT	,43 (3,144)	,732	,009	No diferencias significativas
AFR. RAC.	,39 (3,141)	,732	,008	No diferencias significativas
AFR. EMOCIONA	4,02 (3,134)	,009	,08	Preocupado > Temeroso > Resistente > Seguro – Seguro > Preocupado – Preocupado < Seguro

El análisis de correlaciones nos muestra cómo el factor Ansiedad (AAS) tiene correlación negativa con Focalización en Solución de Problemas ($r=-,170$; $p <,005$), que es una estrategia de afrontamiento racional. El resto de asociaciones son positivas, tratándose todas ellas de estrategias de afrontamiento emocional: Expresión Emocional Abierta ($r=,237$; $p <,001$), Autofocalización Negativa ($r=,310$; $p <,001$), Evitación ($r=,210$; $p <,005$) y Afrontamiento Emocional ($r=,385$; $p <,001$). Por su parte, la dimensión Evitación (AAS) solo mantiene relaciones negativas con el Afrontamiento emocional ($r=-,329$; $p <,001$) y una de sus estrategias, la Expresión Emocional Abierta ($r=-,355$; $p <,001$). Estos resultados pueden observarse en la *Tabla 8.57*. (ver Anexos).

Relación entre el apego adulto, y la psicopatología y el ajuste personal:

A continuación mostramos los resultados que nos aportan los cuestionarios SA-45, DTS y PFQ-2 sobre psicopatología, así como la información sobre el ajuste personal obtenido a través del MARA-R, todo relacionado con el estilo de apego adulto de las mujeres evaluadas para esta investigación.

En cuanto a los síntomas clínicos medidos por el SA-45, obtenemos diferencias significativas en todas las escalas (menos en Hostilidad) en función de los estilos de apego, como se muestra en la *Tabla 5.17*. (para más detalle, ver *Tablas 8.34 y 8.35*. en Anexos). Como puede observarse, las puntuaciones mayores de los diferentes síndromes se reparten entre el estilo Temeroso y Preocupado, si bien en términos globales (como indica la puntuación total del SA-45), el apego Temeroso es el que mayor sintomatología presenta. En la situación contraria se situarían el estilo Seguro y Resistente, siendo los que menores síntomas clínicos experimentan (sin que existan diferencias significativas entre ambos en la puntuación total).

Tabla 5.17. ANOVA entre SA-45 y estilos de apego adulto

	F (gl)	Sig.	Eta²	Diferencias significativas al nivel .05
SOMATIZ.	4,28 (3,145)	,006	,08	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente – Resistente < Preocupado y Temeroso – Preocupado > Resistente – Temeroso > Resistente
OBS-COMP.	4,74 (3,147)	,003	,08	Preocupado > Temeroso > Resistente > Seguro – Seguro < Preocupado y Temeroso – Preocupado > Seguro – Temeroso > Seguro
SENS. INTERP.	11,27 (3,147)	,000	,18	Temeroso > Preocupado > Resistente > Seguro – Seguro < Temeroso y Preocupado – Resistente < Temeroso y Preocupado – Preocupado > Seguro y Resistente – Temeroso > Seguro y Resistente
DEPRESIÓN	5,35 (3,144)	,000	,10	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente – Seguro < Preocupado – Resistente < Preocupado y Temeroso – Preocupado > Resistente y Seguro – Temeroso > Resistente

ANSIEDAD	5,98 (3,146)	,001	,10	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente – Seguro < Preocupado – Resistente < Preocupado y Temeroso – Preocupado > Resistente y Seguro – Temeroso > Resistente
HOST.	1,05 (3,145)	,371	,021	– No diferencias significativas
ANS. FÓBICA	4,84 (3,144)	,003	,092	Temeroso > Preocupado > Seguro > Resistente – Seguro < Temeroso – Resistente < Temeroso – Temeroso > Resistente y Seguro
ID. PARANOIDE	9,91 (3,143)	,000	,17	Preocupado > Temeroso > Resistente > Seguro – Seguro < Preocupado y Temeroso – Resistente < Preocupado y Temeroso – Preocupado > Resistente y Seguro – Temeroso > Resistente y Seguro
PSICOTICISMO	6,08 (3,144)	,001	,11	Temeroso > Preocupado > Resistente > Seguro – Seguro < Preocupado y Temeroso – Resistente < Preocupado – Preocupado > Seguro y Resistente – Temeroso > Seguro
PUNT. TOTAL SA-45	8,66 (3,133)	,000	,16	Temeroso > Preocupado > Seguro > Resistente – Seguro < Temeroso y Preocupado – Resistente < Temeroso y Preocupado – Preocupado > Resistente y Seguro – Temeroso > Resistente y Seguro

Además de estos datos, se han analizado las correlaciones entre las dimensiones de apego y las escalas del SA-45. Como puede observarse en la *Tabla 8.72.* (ver Anexos), la dimensión Ansiedad (AAS) correlaciona de forma positiva y muy significativa tanto con la Puntuación total del SA-45 ($r=,378$; $p < ,001$) como con todas sus escalas: Somatización ($r=,256$; $p < ,001$), Obsesión-Compulsión ($r=,245$; $p < ,001$), Sensibilidad Interpersonal ($r=,423$; $p < ,001$), Depresión ($r=,322$; $p < ,001$), Ansiedad ($r=,283$; $p < ,001$), Hostilidad ($r=,216$; $p < ,001$), Ansiedad Fóbica ($r=,204$; $p < ,001$), Ideación Paranoide ($r=,409$; $p < ,001$)

y Psicoticismo ($r=.361$; $p < .001$). Todo lo contrario sucede cuando analizamos la dimensión Evitación, que se asocia de forma negativa con todas las escalas del SA-45: Somatización ($r=-.327$; $p < .001$), Obsesión-Compulsión ($r=-.353$; $p < .001$), Sensibilidad Interpersonal ($r=-.438$; $p < .001$), Depresión ($r=-.368$; $p < .001$), Ansiedad ($r=-.345$; $p < .001$), Hostilidad ($r=-.323$; $p < .001$), Ansiedad Fóbica ($r=-.343$; $p < .001$), Ideación Paranoide ($r=-.408$; $p < .001$), Psicoticismo ($r=-.385$; $p < .001$) y Puntuación total de SA-45 ($r=-.462$; $p < .001$).

Por tanto, podemos destacar que estamos ante dos dimensiones que se relacionan de forma clara con la presencia de sintomatología clínica: cuanto más Ansiedad, más psicopatología, y a más Evitación, menor expresión de síntomas psicopatológicos.

En cuanto a los datos aportados por la escala DTS, que evalúa los síntomas de estrés postraumático, los análisis detectan diferencias significativas en función de los estilos de apego adulto en las tres escalas de la prueba, y en la puntuación total del test. Estos resultados pueden observarse en la *Tabla 5.18*. (ver Anexos, *Tablas 8.36-8.38*. para más información).

De nuevo, a la luz de estos datos, parece que surgen dos bloques: el apego temeroso y el preocupado (con predominancia del primero) presentan mayores puntuaciones totales y en la escala de hiperactivación, la única relevante en estos análisis. Por su parte, el apego resistente y el seguro (especialmente el primero) son los que obtienen menores puntuaciones totales y en la escala de hiperactivación.

Tabla 5.18. ANOVA entre DTS y Estilos de apego adulto

	F (gl)	Sig.	Eta ²	Diferencias significativas al nivel .05
PUNT. TOTAL	4,54 (3,144)	,004	,08	Temeroso > Preocupado > Seguro > Resistente – Resistente < Temeroso y Preocupado – Preocupado > Resistente – Temeroso > Resistente
INTRU- SIÓN	2,69 (3,145)	,048	,05	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente No diferencias significativas
EVIT A-	3,55 (3,146)	,016	,06	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente No diferencias significativas

HIPERACTIVACIÓN	5,22 (3,145)	,002	,09	Temeroso > Preocupado > Seguro > Resistente
				– Seguro < Preocupado
				– Resistente < Temeroso y Preocupado
				– Preocupado > Resistente
				– Temeroso > Resistente

En el análisis de las correlaciones entre las puntuaciones de estrés postraumático (DTS) y las dimensiones de apego, vuelven a repetirse dos tendencias: por un lado la dimensión Ansiedad se relaciona de forma positiva con la Puntuación total de la escala ($r=,258$; $p <,001$), como con el factor Intrusión ($r=,224$; $p <,001$), Evitación ($r=,226$; $p <,001$) e Hiperactivación ($r=,246$; $p <,001$). Por el contrario, la dimensión Evitación aparece relacionada de forma negativa con las escalas de Intrusión ($r=-,318$; $p <,001$), Evitación ($r=-,298$; $p <,001$), Hiperactivación ($r=-,302$; $p <,001$), y la Puntuación total del DTS ($r=-,329$; $p <,001$). Consultar *Tabla 8.72. (Anexos)* para más detalles.

Otra medida analizada son los sentimientos de culpa y vergüenza presentes en mujeres víctimas de malos tratos. Para ello, se ha empleado el cuestionario PFQ-2, que informa de diferencias significativas en todas las medidas en función de estilo de apego (ver *Tabla 5.19.*, y para más detalle, *Tablas 8.39-8.41. en Anexos*). Los datos sugieren que el estilo Preocupado, seguido del Temeroso, es el que mayores puntuaciones presenta, mientras que el apego Resistente (seguido del Seguro) es el que menores sentimientos personales de culpa y vergüenza informa. Esto es así para la escala global y la subescala de vergüenza, si bien el factor culpa, muestra cómo es el apego Temeroso el que más culpabilidad presenta, y el estilo Seguro el que menos.

Tabla 5.19. ANOVA entre PFQ-2 y estilos de apego adulto

	F (gl)	Sig.	Eta ²	Diferencias significativas al nivel .05
PUNT. TOTAL	7,59 (3,143)	,000	,141	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente – Seguro < Preocupado y Temeroso – Resistente < Preocupado y Temeroso – Preocupado > Resistente y Seguro – Temeroso > Resistente y Seguro
VERGÜENZA	9,61 (3,142)	,000	,168	Temeroso > Preocupado > Resistente > Seguro - Seguro < Temeroso y Preocupado - Resistente < Temeroso y Preocupado - Preocupado > Seguro y Resistente - Temeroso > Seguro y Resistente
CULPA	3,41 (3,139)	,019	,067	Preocupado > Temeroso > Seguro > Resistente - Resistente < Preocupado - Preocupado > Resistente

Las relaciones entre las dimensiones de apego del AAS y de las escalas del PFQ-2 nos indican una relación positiva con la escala total ($r=,330$; $p <,001$), el factor Vergüenza ($r=,324$; $p <,001$) y Culpa ($r=,261$; $p <,001$). La dimensión Evitación actúa en sentido contrario, presentando las siguientes correlaciones negativas con todas las escalas: Vergüenza ($r=-,412$; $p <,001$), Culpa ($r=-,214$; $p <,001$) y Puntuación total del PFQ-2 ($r=-,397$; $p <,001$) (Ver Tabla 8.73 en Anexos).

Finalmente, se ha estudiado el ajuste personal (a través del MARA-R) en función de los estilos de apego adulto, observándose diferencias significativas en todas las escalas del MARA-R (ver Tabla 5.20.), con excepción de la de Pareja y Familia Constituida, donde las diferencias entre los distintos estilos de apego no resultan significativas.

En términos generales (ver Tablas 8.42-8.44. en Anexos para más detalles), los datos indican que las mujeres con estilo seguro son las que mejor ajuste personal presentan (seguido del estilo resistente, que no presenta diferencias significativas con el seguro). Por otro lado, el apego temeroso es el que experimenta menor ajuste personal; le sigue el estilo preocupado,

sin diferir de forma significativa con el temeroso. Es la percepción de la pareja (y familia constituida) la que aparece de forma más similar en todos los grupos de apego.

Tabla 5.20. ANOVA entre MARA-R y estilos de apego adulto

	F (gl)	Sig.	Eta²	Diferencias significativas al nivel .05
PUNT. TOTAL	8,13 (3,119)	,000		Seguro > Resistente > Temeroso > Preocupado - Seguro > Preocupado y Temeroso - Preocupado < Seguro - Temeroso < Seguro
FAMILIA DE	3,27 (3,138)	,023		Seguro > Resistente > Preocupado > Temeroso - Seguro > Temeroso - Temeroso < Seguro
PAREJA Y FAM.	1,10 (3,132)	,348		No diferencias significativas
AUTO-PERCEPCIÓN	15,46 (3,133)	,000		Seguro > Resistente > Temeroso > Preocupado - Seguro > Preocupado y Temeroso - Resistente > Preocupado y Temeroso - Preocupado < Seguro y Resistente - Temeroso < Seguro y Resistente

Respecto a los resultados en las correlaciones indican que no existen asociaciones significativas entre la dimensión Ansiedad y el ajuste personal, y que sólo hay correlación (positiva) entre la dimensión Evitación y la Percepción de la Familia de Origen ($r=,231$; $p<,001$), esto es, que a percepciones más positivas de la familia de origen, mayor Evitación. Estos datos sugieren un significado diferente para la dimensión evitativa, que se discutirá en apartados siguientes.

5.4.3. RESULTADOS DE RESILIENCIA EN VGP:

Algunos resultados relacionados con las variables de resiliencia se han mostrado en apartados anteriores (en relación con la violencia y con el apego). Por lo tanto, en este bloque nos centraremos en reflejar su prevalencia, relación con el afrontamiento y con las variables de psicopatología y ajuste personal.

Prevalencia y descriptivos de la resiliencia:

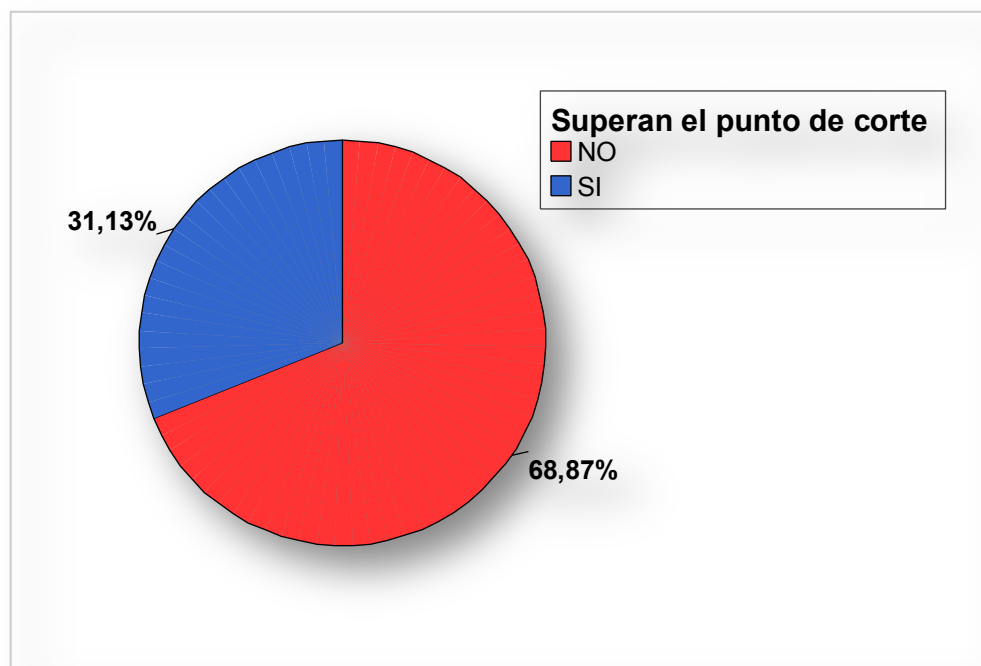
Se ha tenido en cuenta el punto de corte propuesto por los autores de la Escala de Resiliencia para comprobar si las participantes de este estudio obtienen alta o baja resiliencia.

La puntuación media obtenida en el total de la escala (como puede verse en la *Tabla 5.21.*) se sitúa en 134 (con una d.t. de 21,7). Por otro lado, el porcentaje de mujeres que superan el punto de corte es un 31,13%, por lo que la mayoría de las mujeres estudiadas (68,87%) no obtienen puntuaciones altas en resiliencia (ver *Figura 5.7.*).

Tabla 5.21. Estadísticos descriptivos de Resiliencia: Media y desviación típica

	N	Media	Desv. típ.
RESILIENCIA Total	134	126,86	21,703
N válido (según lista)	134		

Figura 5.7. Porcentaje de mujeres que superan el punto de corte en Resiliencia



Relación de la resiliencia con el afrontamiento al estrés:

A la luz de los datos obtenidos tras correlacionar todas las variables de resiliencia y afrontamiento, se puede concluir que tanto la puntuación total de la resiliencia como sus dos factores generales (Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y con la vida) correlacionan de forma positiva con el Afrontamiento Racional, y de forma negativa con el Afrontamiento Emocional. No todas las escalas muestran un vínculo importante, en la siguiente *Tabla 5.22*. se resumen las asociaciones significativas (para ver todas las correlaciones, se puede consultar la *Tabla 8.59*. del Anexo).

Como puede observarse, son dos las estrategias de Afrontamiento Racional que marcan diferencias en función de la resiliencia: Focalización en Solución de Problemas y Reevaluación Positiva. Otras dos escalas del Afrontamiento Emocional son las que actúan de un modo relevante e inverso: Expresión Emocional Abierta y Autofocalización Negativa. Ni la Búsqueda Activa de Soluciones, ni la Religión y la Evitación presentan diferencias en relación con la resiliencia.

Tabla 5.22. Correlaciones entre Resiliencia y Afrontamiento:

	Afrontamiento racional	Afrontamiento emocional
Puntuación total Resiliencia	$r=,265; p <,001$ - FSP ($r=,407; p <,001$) - RVP ($r=,200; p <,005$)	$r=-,342; p <,001$ - EEA ($r=-,341; p <,001$) - AFN ($r=-,386; p <,001$)
F1. Competencia Personal	$r=,191; p <,005$ - FSP ($r=,310; p <,001$)	No Dif. Sig. - EEA ($r=-,219; p <,005$) - AFN ($r=-,260; p <,001$)
F2. Aceptación con sí mismo y con la vida	$r=,262; p <,001$ - FSP ($r=,389; p <,001$) - RVP ($r=,255; p <,001$)	$r=-,366; p <,001$ - EEA ($r=-,382; p <,001$) - AFN ($r=-,387; p <,001$)

Relación entre la resiliencia, y la psicopatología y ajuste personal:

Existe una clara relación negativa entre las puntuaciones en resiliencia (y en todos sus factores) con la sintomatología clínica evaluada por el SA-45 en todas sus escalas. De este modo, la Puntuación total del SA-45 está asociada de forma negativa con la Puntuación total de Resiliencia ($r=-,508; p <,001$), y sus factores Competencia Personal ($r=-,355; p <,001$) y Aceptación por sí mismo y con la vida ($r=-,498; p <,001$). Estos datos indican una clara relación inversa entre psicopatología y resiliencia, esto es, a más resiliencia, menor presencia de psicopatología (y viceversa). Para un análisis detallado de las relaciones entre todas las variables puede consultarse la *Tabla 8.60* (Anexos).

En relación con la sintomatología de estrés postraumático obtenida a través de la escala DTS, sucede algo parecido a lo anterior, en el sentido que tanto la Puntuación total de Resiliencia como sus factores Competencia Personal y Aceptación por sí mismo y por la Vida correlacionan de forma negativa y significativa (si bien no todas sus subescalas muestran correlaciones significativas, a diferencia de lo que sucedía con el SA-45). Todas estas relaciones se muestran en el Anexo (*Tabla 8.61.*), mientras que en la *Tabla 5.23* aparecen en resumen de las mismas. Parece que es el factor de Hiperactivación el que presenta asociaciones más fuertes con la resiliencia, seguido del de intrusión, y con menor peso, la evitación.

Tabla 5.23. Correlaciones entre Resiliencia y DTS:

	INTRUSIÓN	EVITACIÓN	HIPERACTIVAC.	TOTAL DTS
Punt. total Resiliencia	$r=-,181; p <,001$	$r=-,323; p <,001$	$r=-,350; p <,001$	$r=-,315; p <,001$
Competencia Personal	$r=-,188; p <,005$	No Dif. Sig.	$r=-,200; p <,005$	$r=-,226; p <,001$
Aceptación de la vida	$r=-,338; p <,001$	$r=-,226; p <,001$	$r=-,328; p <,001$	$r=-,364; p <,001$

Respecto al análisis de la resiliencia en función de la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza obtenidos por el PFQ-2, aparecen relaciones negativas y significativas tanto con la Puntuación total de resiliencia como en sus factores Competencia Personal y Aceptación de uno mismo y de la vida, siendo especialmente más intensas con el factor Vergüenza que con el de Culpa (ver *Tabla 5.24*, y para más detalle, *Tabla 8.62*. en Anexos).

Tabla 5.24: Correlaciones entre Resiliencia y PFQ-2:

	VERGÜENZA	CULPA	TOTAL PFQ-2
Punt. total Resiliencia	$r=-,486; p <,001$	$r=-,198; p <,005$	$r=-,419; p <,001$
Competencia Personal	$r=-,410; p <,001$	$r=-,206; p <,005$	$r=-,367; p <,001$
Aceptación de la vida	$r=-,475; p <,001$	$r=-,213; p <,005$	$r=-,421; p <,001$

Por último, en este apartado analizamos las relaciones entre la resiliencia y el ajuste personal (medido a través del MARA-R). En la *Tabla 5.25*. se muestran un resumen de las correlaciones principales, donde puede observarse que en general, a mayor resiliencia, mayor ajuste personal, resultando una Auto-percepción positiva el factor más relevante en una alta resiliencia (y viceversa). Llama la atención que apenas existen diferencias significativas en cuanto a la Percepción de la pareja, lo que sugiere que la muestra de mujeres maltratadas tienen una visión similar en este factor, en función del nivel de resiliencia. Para más información, consultar la *Tabla 8.63*. (en Anexos).

Tabla 5.25. Correlaciones entre resiliencia y MARA-R:

	FAMILIA DE ORIGEN	PAREJA Y FAM. CONSTIT.	AUTO-PERCEPCIÓN	TOTAL MARA-2
Punt. total Resiliencia	$r=-,304; p <,001$	<i>No Dif. Sig.</i>	$r=-,781; p <,001$	$r=-,490; p <,001$
Competencia Personal	$r=-,179; p <,005$	$r=-,266; p <,001$	$r=-,641; p <,001$	$r=-,465; p <,001$
Satisfacc. de la vida	$r=-,274; p <,001$	<i>No Dif. Sig.</i>	$r=-,618; p <,001$	$r=-,408; p <,001$

5.4.4. RESULTADOS DEL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN VGP:

En este apartado tan solo se mostrarán las relaciones del afrontamiento al estrés en función de las variables de psicopatología y ajuste personal, ya que el resto de relaciones (violencia, apego y resiliencia) aparecen en análisis anteriores.

Relación del afrontamiento al estrés con la psicopatología y ajuste personal:

Se comienza mostrando las correlaciones entre la variable afrontamiento y las escalas sindrómicas del SA-45. Rápidamente se detecta que el Afrontamiento Racional (y las escalas que lo forman) no se relacionan con ningún síndrome clínico ni la puntuación total del SA-45, sugiriendo que no existe relación entre este tipo de afrontamiento y la psicopatología, en la muestra estudiada. Todo lo contrario sucede con el Afrontamiento Emocional y parte de sus escalas, que correlacionan de forma positiva con todas las escalas psicopatológicas (ver *Tabla 5.26.*, y para más datos, *Tabla 8.64.* en Anexos). A la luz de los datos, las estrategias de afrontamiento Expresión Emocional Abierta y Autofocalización Negativa son las que correlacionan con cada una de las escalas del SA-45, mientras que Religión y Evitación tienen muchas menos asociaciones. El síndrome Ansiedad es el que tiene más fuertes relaciones con todas los tipos de afrontamiento, situándose como el factor más presente.

Tabla 5.26: Correlaciones entre Afrontamiento y Psicopatología (SA-45)

	AFRONT. EMOCIONAL	RLG	EEA	AFN	EVT
SOMAT.	$r=,366^{**}$	$r=,177^{*}$	$r=,296^{**}$	$r=,377^{**}$	No Dif. Sig.
OBS-COMP.	$r=,445^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,338^{**}$	$r=,410^{**}$	No Dif. Sig.
SENS. INT.	$r=,409^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,353^{**}$	$r=,474^{**}$	No Dif. Sig.
DEPRES.	$r=,481^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,285^{**}$	$r=,528^{**}$	No Dif. Sig.
ANSIEDAD	$r=,541^{**}$	$r=,179^{*}$	$r=,372^{**}$	$r=,520^{**}$	$r=,201^{*}$
HOSTIL.	$r=,336^{*}$	No Dif. Sig.	$r=,331^{**}$	$r=,333^{**}$	No Dif. Sig.
AN. FOB.	$r=,460^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,356^{**}$	$r=,448^{**}$	No Dif. Sig.
PARANOL.	$r=,392^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,225^{**}$	$r=,490^{**}$	No Dif. Sig.
PSICOTIC.	$r=,459^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,333^{**}$	$r=,475^{**}$	No Dif. Sig.
SA-45 TOT.	$r=,527^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,386^{**}$	$r=,555^{**}$	No Dif. Sig.

$^{**} p < ,001$ $^{*} p < ,005$

En cuanto al modo de expresarse los tipos de afrontamiento al estrés en relación con la sintomatología postraumática que evalúa la escala DTS, volvemos a encontrar que el estilo de afrontamiento racional no presenta asociaciones significativas (ver *Tabla 5.27.*), frente al afrontamiento emocional, que muestra relaciones positivas con la Puntuación total de la escala ($r=-,498$; $p < ,001$) como con los factores Intrusión ($r=-,498$; $p < ,001$), Evitación ($r=-,498$; $p < ,001$) e Hiperactivación ($r=-,498$; $p < ,001$). Puede observarse como de nuevo son las escalas de Expresión Emocional Activa (EEA) y las de Autofocalización Negativa (AFN) las que más relevancia (en este caso toda) presentan. Puede consultarse la *Tabla 8.65* de Anexos para más detalle.

Tabla 5.27. Correlaciones entre Afrontamiento y Sintomatología Postraumática (DTS)

	AFRONT. EMOCIONAL	RLG	EEA	AFN	EVT
DTS TOTAL	$r=,388^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,351^{**}$	$r=,383^{**}$	No Dif. Sig.
INTRUSIÓN	$r=,256^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,247^{**}$	$r=,241^{**}$	No Dif. Sig.
EVITACIÓN	$r=,378^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,296^{**}$	$r=,396^{**}$	No Dif. Sig.
HIPERACT.	$r=,397^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,422^{**}$	$r=,374^{**}$	No Dif. Sig.

$** p < ,001$

En cuanto al modo de relacionarse el afrontamiento con los sentimientos de Culpa y Vergüenza del PFQ-2, de nuevo el Afrontamiento Emocional (con las escalas EEA y AFN en cabeza) presenta asociaciones positivas con la Puntuación Total del PFQ-2, y los factores de Culpa y Vergüenza (ver *Tabla 5.28*, y para más detalle, la *Tabla 8.66* del Anexo).

Tabla 5.28. Correlaciones entre Afrontamiento y Sentimientos de culpa vergüenza (PFQ-2)

	AFRONT. EMOCIONAL	RLG	EEA	AFN	EVT
PFQ-2	$r=,426^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,348^{**}$	$r=,476^{**}$	No Dif. Sig.
VERG.	$r=,399^{**}$	$r=,175^*$	$r=,286^{**}$	$r=,438^{**}$	No Dif. Sig.
CULPA	$r=,344^{**}$	No Dif. Sig.	$r=,201^{**}$	$r=,396^{**}$	No Dif. Sig.

$** p < ,001$ * $p < ,005$

Para terminar con este apartado, se muestran las relaciones del afrontamiento con el ajuste personal que refleja el cuestionario MARA-R. En este caso el Afrontamiento Racional presenta una relación positiva con la escala Autopercepción ($r=,229$; $p < ,001$), mientras que el Afrontamiento Emocional obtiene relaciones negativas con la Puntuación total del MARA-R ($r=-,242$; $p < ,001$) y con la escala de Autopercepción ($r=-,255$; $p < ,001$). Para más detalles, puede consultarse la *Tabla 8.67*. en Anexos.

5.4.5. RESULTADOS DE PSICOPATOLOGÍA Y AJUSTE PERSONAL:

Casi todos los análisis relevantes para este estudio en materia de psicopatología y ajuste personal han sido realizados en comparación con otras variables anteriormente desarrolladas, por lo que en este apartado nos centraremos en realizar un estudio sobre la prevalencia de las escalas clínicas y la correlación entre sus medidas.

Prevalencia de la sintomatología clínica:

Se ha considerado de interés obtener las puntuaciones medias en cada escala del SA-45, para así poder conocer qué síndromes clínicos de los evaluados son los que más presencia tienen en la muestra de mujeres víctimas de VGP analizadas. Como puede observarse en la *Tabla 5.29.*, las puntuaciones más altas son en Depresión, seguido de Ansiedad. Le siguen de cerca la presencia de Somatización y síntomas Obsesivo-Compulsivos. En tercer lugar situaríamos a las escalas de Ideación Paranoide y Sensibilidad Interpersonal, y ya por último, con menor presencia, la Ansiedad Fóbica, Psicoticismo y Hostilidad.

Tabla 5.29.: Estadísticos descriptivos de Psicopatología (SA-45): Medias y D.T.

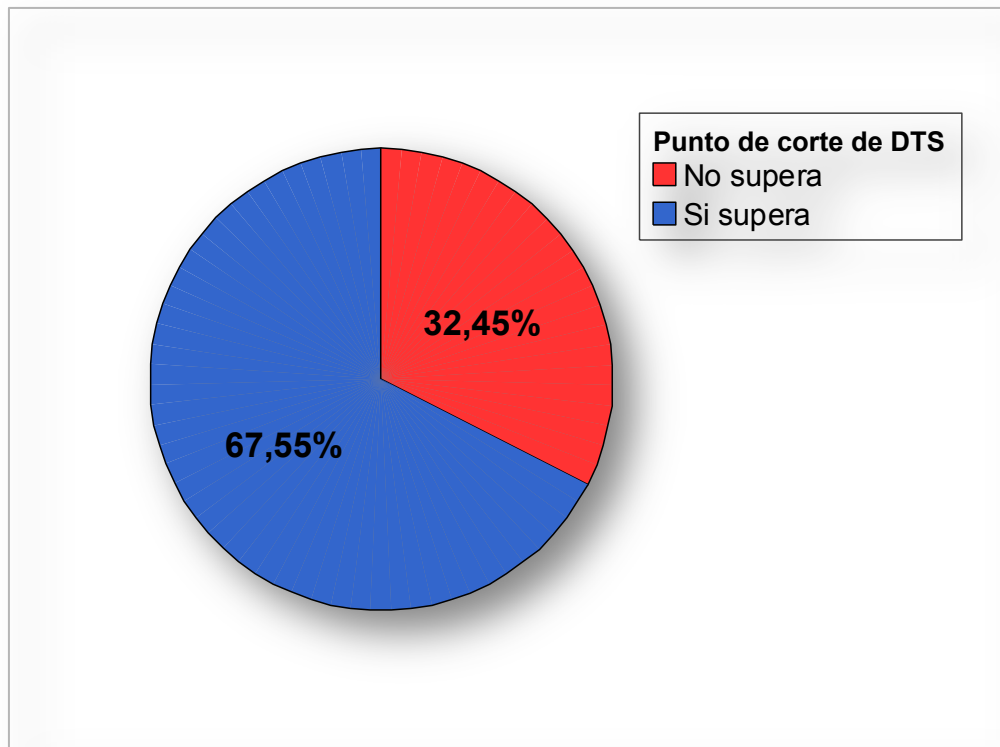
		SOMA TIZAC.	OBS- COMP	SENS INT	DEPR	ANS	HOST	ANS. FÓB.	ID. PAR.	PSIC.	TOT SA-45
N	Válidos	149	151	151	148	150	149	148	147	148	137
	Perdidos	2	0	0	3	1	2	3	4	3	14
	Media	8,85	8,54	7,21	9,86	9,11	3,41	5,96	7,43	3,49	63,84
	Desv. típ.	5,660	4,878	4,858	5,599	4,821	3,705	4,833	4,199	3,667	35,330

Prevalencia del estrés postraumático:

A continuación mostramos el porcentaje de mujeres analizadas que superan el punto de corte de la escala DTS, para observar cuántas de ellas obtienen puntuaciones elevadas en sintomatología de estrés postraumático. Como se ve en la *Figura 5.8.*, una gran mayoría (67,55%, N=102) de la muestra supera el punto de corte propuesto por los autores de la escala, sugiriendo que una gran parte de las mujeres que han participado en este estudio

presentan una intensidad clínica suficientemente alta como para poder plantearse la necesidad de valorar la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático.

Figura 5.8. Porcentaje de mujeres que superan el punto de corte de la escala DTS en sintomatología postraumática.



Correlaciones entre las escalas del SA-45, DTS y PFQ-2.

Se ha querido observar si existen relaciones entre las tres medidas de sintomatología clínica, y los resultados señalan una alta correlación entre todas ellas. No se van a reflejar aquí todos los datos (ver *Tabla 8.68* en Anexos para más información), pero se procede a destacar las relaciones más relevantes.

La Puntuación total del DTS correlacionó de forma muy significativa con todas las escalas del SA-45, destacando la asociación con la Puntuación total del SA-45 ($r=,714$; $p <,001$)., así como la escala de Psicoticismo ($r=,638$; $p <,001$). y Ansiedad ($r=,638$; $p <,001$).

También han resultado elevadas las relaciones entre la Puntuación total del DTS y el PFQ-2, de forma significativa y similar con las escalas de Vergüenza ($r=,555$; $p <,001$) y Culpa ($r=,522$; $p <,001$).

De un modo parecido al DTS, las escalas de Culpa y Vergüenza del PFQ-2 correlacionan con todas las escalas del SA-45. La variable Culpa se relaciona especialmente con Depresión ($r=,478$; $p <,001$) y Sensibilidad Interpersonal ($r=,443$; $p <,001$), mientras que el factor Vergüenza lo hizo con Sensibilidad Interpersonal ($r=,666$; $p <,001$), Depresión ($r=,636$; $p <,001$) y Ansiedad ($r=,632$; $p <,001$).

En cuanto al ajuste personal medido con el MARA-R, el único factor que correlaciona de forma significativa (y negativa) con todas las escalas psicopatológicas es el de Autopercepción, especialmente con las escalas de Depresión ($r=-,435$; $p <,001$) y Sensibilidad Interpersonal ($r=-,434$; $p <,001$) del SA-45. Las relaciones más elevadas (negativas) de la escala Familia de Origen son con Somatización ($r=-,285$; $p <,001$) y Ansiedad ($r=-,247$; $p <,001$). Finalmente, la escala de Pareja tiene sus correlaciones más altas de forma inversa con los factores de Vergüenza ($r=-,321$; $p <,001$) y Culpa. ($r=-,291$; $p <,001$).

Éstas y el resto de correlaciones (que son muy significativas en la gran mayoría de los casos) se pueden consultar en la *Tabla 8.68* del Anexo.

5.4.6. RESULTADOS SOBRE EL MODELO DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA EN VGP:

Un último objetivo planteado en este trabajo es poder detectar qué aspectos de qué variables (de violencia, apego, resiliencia y afrontamiento) están funcionando como factores de riesgo o protección para el desarrollo de psicopatología en la muestra de mujeres maltratadas. Para ello se realizaron los análisis de regresión que se desarrollan a continuación.

Análisis de regresión por el método de bloques o jerárquicos para la psicopatología del SA-45:

En este análisis se toma como variable dependiente la Puntuación total del SA-45, y las variables introducidas son:

1. Características sociodemográficas: descendencia y edad
2. Características de violencia I: presencia de violencia física y sexual (recordemos que la psicológica está presente siempre)
3. Características de violencia II: permanencia y duración de la relación violenta.
4. Dimensiones del apego adulto: dimensiones de Ansiedad y Evitación.
5. Factores generales de la resiliencia: Aceptación de uno mismo y de la vida, y Competencia personal
6. Estilos de afrontamiento: racional y emocional

Los modelos 1-2 no salen significativos, pero los modelos que incluyen las características de violencia II ($F=2,413$; $gl=6,109$; $p = ,31$), las dimensiones de apego ($F=8,602$; $gl = 8,107$; $p < ,001$), la resiliencia ($F=10,198$; $gl= 10,105$; $p < ,001$) y el afrontamiento ($F=10,418$; $gl = 12,103$; $p < ,001$) sí resultan significativamente predictivos para la variabilidad de psicopatología de SA-45. En la *Tabla 5.30 y 5.31*. se resumen los resultados significativos encontrados, y se procede al análisis desde el Modelo 3 (para más detalle, ver las *Tablas 8.45 y 8.46* en Anexos).

El modelo 3 (que incluye variables sociodemográficas y de violencia) en principio salía significativo en su conjunto pero en el desglose ninguna de sus variables alcanzan el nivel de significación mínimo ($p < ,05$), si bien una menor duración de la relación está muy cerca de convertirse en un factor de protección ($p = ,056$).

El modelo 4 (que además de lo anterior, incluye las dimensiones de apego), obtiene que la dimensión Ansiedad actúa como un factor de riesgo para la psicopatología, y que la dimensión Evitación funciona como un factor de protección.

El modelo 5 (que añade a lo anterior las variables de resiliencia) obtiene un factor de riesgo (la dimensión Ansiedad), y dos de protección (la dimensión Evitación y el factor resiliente Aceptación de uno mismo y de la vida).

Finalmente, el modelo 6 (que incluye todo lo demás, más el afrontamiento) indica que la dimensión Evitación y la Aceptación de uno mismo y de la vida (resiliencia) actúan como factor de protección, y en este caso el factor de riesgo lo recoge el Afrontamiento emocional.

Por lo tanto, podemos concluir que son factores de riesgo para la psicopatología general: la dimensión Ansiedad y el Afrontamiento emocional (y con menor importancia, la duración de la relación y tener hijos/as). Y que actúan como factores de protección la dimensión Evitación y el factor de resiliencia Aceptación de uno mismo y de la vida.

Tabla 5.30. Coeficientes del análisis de regresión por bloques o jerárquico en función de la Psicopatología del SA-45.

MODELO 1	Sig	B	Beta	Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,368	-,37	-,09	NO
– Descendencia	p = ,044	7,78	,21	Factor de riesgo
MODELO 2	Sig	B	Beta	Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,320	-,42	-,10	NO
– Descendencia	p = ,048	7,64	,20	Factor de riesgo
– Presencia violencia física	p = ,399	7,76	,07	NO
– Presencia violencia sexual	P = ,232	8,53	,11	NO
MODELO 3	Sig	B	Beta	Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,221	-,52	-,13	NO
– Descendencia	p = ,509	2,78	,07	NO
– Presencia violencia física	p = ,367	8,19	,08	NO
– Presencia violencia sexual	p = ,317	7,02	,09	NO
– Mantenimiento de la relación	p = ,073	18,51	,169	NO
– Duración de la relación	P = ,056	9,88	,218	NO (pero cerca de ser factor de riesgo)

MODELO 4	Sig	B	Beta	Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,160	-,51	-,12	NO
– Descendencia	p = ,134	5,35	,14	NO
– Presencia violencia física	p = ,522	4,88	,04	NO
– Presencia violencia sexual	p = ,207	7,45	,09	NO
– Mantenimiento de la relación	p = ,090	14,76	,13	NO
– Duración de la relación	p = ,169	6,00	,13	NO
– Dimensión Ansiedad	p = ,001	2,18	,28	Factor de riesgo
– Dimensión Evitación	p < ,001	-2,26	-35	Factor de protección
MODELO 5	Sig	B	Beta	Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,139	-,50	-,12	NO
– Descendencia	p = ,134	4,99	,13	NO
– Presencia violencia física	p = ,574	3,95	,04	NO
– Presencia violencia sexual	p = ,271	6,03	,07	NO
– Mantenimiento de la relación	p = ,165	11,17	,10	NO
– Duración de la relación	p = ,205	5,10	,11	NO
– Dimensión Ansiedad	p = ,030	1,38	,17	Factor de riesgo
– Dimensión Evitación	p < ,001	-2,06	-,32	Factor de protección
– Resiliencia- Satisfacción sí mismo y la vida	p = ,003	-1,31	-,29	Factor de protección
– Resiliencia – Competencia personal	p = ,524	-,15	-,06	NO
MODELO 6	Sig	B	Beta	Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,148	-,46	-,11	NO
– Descendencia	p = ,137	4,75	,12	NO
– Presencia violencia física	p = ,845	1,31	,01	NO
– Presencia violencia sexual	p = ,091	9,02	,11	NO
– Mantenimiento de la relación	p = ,241	9,08	,08	NO
– Duración de la relación	p = ,142	5,65	,12	NO
– Dimensión Ansiedad	p = ,204	,79	,10	NO
– Dimensión Evitación	p = ,001	-1,73	-,26	Factor de protección
– Resiliencia- Satisfacción sí mismo y la vida	p = ,022	-,99	-,22	Factor de protección
– Resiliencia – Competencia personal	p = ,554	-,13	-,05	NO
– Afrontamiento racional	p = ,942	,02	,00	NO
– Afrontamiento emocional	p = ,001	1,93	,286	Factor de riesgo

Tabla 5.31. Resumen del Modelo para SA-45

Modelo	R	R cuadrado	Cambio en F	Sig. Cambio en F
1	,188 ^a	,035	2,072	,131
2	,232 ^b	,054	1,089	,340
3	,342 ^c	,117	3,909	,023
4	,626 ^d	,391	24,100	,000
5	,702 ^e	,493	10,483	,000
6	,740 ^f	,548	6,338	,003

Análisis de regresión por el método de bloques o jerárquicos para la sintomatología postraumática medida por la escala DTS:

Se realizaron los mismos análisis anteriores, pero esta vez la variable dependiente está conformada por las puntuaciones totales de la escala DTS (que mide estrés postraumático). Los resultados se muestran en la *Tablas 5.31. y 5.32.* (para más detalle, ver las *Tablas 8.47 y 8.48.* en Anexo).

En este caso los modelos 1-3 no salen significativos, apareciendo resultados relevantes desde cuando se añaden las dimensiones de apego ($F=3,35$; $gl = 8,121$; $p = ,002$), la resiliencia ($F=3,71$; $gl= 10,12$; $p < ,001$) y el afrontamiento ($F = 4,25$; $gl = 12,12$; $p < ,001$).

El modelo cuatro nos ofrece un factor de protección: la dimensión Evitación. El modelo cinco aporta dos factores de protección (de nuevo, Evitación, y añade Competencia Personal). Finalmente, el modelo 6 mantiene un factor de protección (la dimensión Evitación), y sugiere que la presencia de violencia sexual como el afrontamiento emocional son factores de riesgo para desarrollar sintomatología postraumática.

Como puede observarse, son menores las relaciones encontradas con la Escala DTS (frente a la SA-45), aportando la idea de que la dimensión Evitación actúa como un factor de protección robusto en ambas medidas de psicopatología, y sugiere una relación especial entre la violencia sexual y la sintomatología postraumática, dato que no había salido anteriormente relevante.

Tabla 5.32. Coeficientes del análisis de regresión por bloques o jerárquico en función de la sintomatología del DTS

MODELO 1	Sig	B	Beta	Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,568	-,19	-,05	NO
– Descendencia	p = ,186	4,03	,13	NO
MODELO 2	Sig			Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,498	-,22	-,06	NO
– Descendencia	p = ,221	3,67	,12	NO
– Presencia violencia física	p = ,149	10,66	,13	NO
– Presencia violencia sexual	P = ,075	9,93	,16	NO
MODELO 3	Sig			Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,412	-,28	-,08	NO
– Descendencia	p = ,662	1,5	,05	NO
– Presencia violencia física	p = ,164	10,41	,12	NO
– Presencia violencia sexual	p = ,097	9,38	,15	NO
– Mantenimiento de la relación	p = ,578	4,58	,05	NO
– Duración de la relación	P = ,256	4,58	,12	NO
MODELO 4	Sig			Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,414	-,26	-,08	NO
– Descendencia	p = ,358	3,00	,10	NO
– Presencia violencia física	p = ,193	9,18	,11	NO
– Presencia violencia sexual	p = ,121	8,27	,13	NO
– Mantenimiento de la relación	p = ,821	1,76	,02	NO
– Duración de la relación	p = ,561	2,23	,06	NO
– Dimensión Ansiedad	p = ,074	1,10	,17	NO
– Dimensión Evitación	p = ,012	-1,26	-,24	Factor de protección
MODELO 5	Sig			Función de factor de riesgo o protección
– Edad	p = ,410	-,26	-,07	NO
– Descendencia	p = ,345	3,03	,10	NO
– Presencia violencia física	p = ,237	8,12	,10	NO
– Presencia violencia sexual	p = ,130	7,91	,12	NO
– Mantenimiento de la relación	p = ,923	-,73	-,00	NO
– Duración de la relación	p = ,617	1,87	,05	NO
– Dimensión Ansiedad	p = ,313	,62	,09	NO
– Dimensión Evitación	p = ,017	-1,17	-,22	Factor de protección
– Resiliencia- Satisfacción sí mismo y la vida	p = ,036	-,89	-,25	Factor de protección
– Resiliencia – Competencia personal	p = ,907	-,02	-,01	NO

MODELO 6		Sig			Función de factor de riesgo o protección
-	Edad	p = ,392	-,26	-,07	NO
-	Descendencia	p = ,370	2,79	,09	NO
-	Presencia violencia física	p = ,361	6,05	,07	NO
-	Presencia violencia sexual	p = ,034	10,95	,17	Factor de riesgo
-	Mantenimiento de la relación	p = ,674	-3,13	-,03	NO
-	Duración de la relación	p = ,505	2,41	,06	NO
-	Dimensión Ansiedad	p = ,926	,05	,00	NO
-	Dimensión Evitación	p = ,053	-,94	-,18	Factor de protección
-	Resiliencia- Satisfacción sí mismo y la vida	p = ,978	-,63	-,17	NO
-	Resiliencia – Competencia personal	p = ,135	,00	,00	NO
-	Afrontamiento racional	p = ,821	-,07	-,02	NO
-	Afrontamiento emocional	p = ,001	1,72	,314	Factor de riesgo

Tabla 5.33. Resumen del Modelo para DTS

Modelo	R	R cuadrado	Cambio en F	Sig. Cambio en F
1	,121 ^a	,015	,886	,415
2	,244 ^b	,060	2,796	,065
3	,271 ^c	,073	,855	,428
4	,438 ^d	,192	8,285	,000
5	,501 ^e	,251	4,356	,015
6	,565 ^f	,319	5,443	,006

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

6.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Este trabajo se diseñó con la finalidad de poder analizar una serie de características sobre la historia de violencia de las participantes, y poder relacionarlo por un lado con las características sociodemográficas, y por otro con una serie de variables (apego, resiliencia y afrontamiento), así como la psicopatología asociada. También persigue este estudio analizar cómo se relacionan entre sí el apego, la resiliencia y el afrontamiento, ya que la evidencia empírica indica que determinados aspectos de estas variables pueden estar correlacionados, e influir en el ajuste personal y psicopatología. Por último, y en la línea con lo anterior, se han realizados los análisis pertinentes para poder detectar las variables que funcionan como factores de riesgo y de protección en el desarrollo de psicopatología en mujeres maltratadas.

Para este fin se expondrá a continuación una discusión sobre los datos obtenidos, usando como guión la misma estructura del apartado de resultados.

En cuanto a la evaluación sobre las características de VGP encontradas en este estudio, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de determinadas variables que nos indican aspectos de la intensidad del maltrato (gravedad y frecuencia de la violencia, así como duración de la relación) experimentado por las mujeres de la muestra.

Los resultados nos revelan cómo, en relación a la *gravedad de los tipos de violencia*, es en la violencia psicológica donde se detecta mayor gravedad, ya que un 51% experimenta una gravedad moderada, y un 41,7% informa de una gravedad alta (siendo la gravedad leve mucho menor, un 7,3%). La gravedad alta en maltrato sexual y físico son muy similares (9,9% y 11,9% respectivamente), y la gravedad moderada es más elevada pero también algo similar en violencia sexual (21,9%) y física (30,5%). Lo mismo sucede con la gravedad leve (un 41,7% en la violencia física y un 30,5% en la violencia sexual). Además, un 15,9% de las mujeres no sufren maltrato físico y un 37% no refieren maltrato sexual. Por lo tanto, podemos

concluir que la violencia psicológica está más presente y parece estar caracterizada por mayor gravedad. El maltrato físico y el sexual se expresan de forma más parecida entre sí, si bien el maltrato físico presenta mayor gravedad que el sexual. Estos datos podrían estar en consonancia con el relato de las víctimas de violencia de género, que manifiestan cómo los malos tratos psicológicos les dejan más herida y tienen más importancia que los maltratos físicos, ya que lo asocian a un aumento de su inseguridad personal, baja autoestima y sentimientos de culpabilidad. Existe evidencia empírica que apoya estas conclusiones (OMS, 1998; Yoshihama y cols., 2002).

En relación con la *duración de la relación de pareja*, se encontró alta correspondencia entre los años de permanencia en la pareja y los años en los que se detecta violencia dentro de misma, estando en consonancia con la idea que la violencia se instaura de un modo insidioso desde el inicio de la relación, durante el noviazgo (Hirigoyen, 2006; Rivas-Díez y Sánchez-López, 2012). La mayor parte de las participantes han permanecido entre 3 y 10 años en la relación violenta (un 45,6%), seguida de aquellas que han estado más de 10 años (37%). En menor medida un 12,5% manifiesta una duración entre uno a tres años, y tan solo un 4,5% ha mantenido la relación durante menos de un año. Un gran número de estudios sitúan que la duración más frecuente es entorno a los cinco años (Instituto de la Mujer, 2002; Ruiz Pérez y cols., 2006), si bien otros autores lo ubican en más de diez años (Matud, 2005). Lo que queda claro es que las mujeres suelen durar años dentro de relaciones traumáticas, lo que permite a la violencia instaurarse y ejercer su influencia desde prácticamente el principio de la relación hasta muchos años después.

Se ha realizado también un análisis descriptivo sobre *la frecuencia de cada tipo de maltrato*, para saber si estamos hablando de agresiones cotidianas o que suceden de forma puntual. A la luz de los datos se puede concluir que es la violencia psicológica la más frecuente (un 78,1% refiere que la sufre a diario) y la violencia sexual la que menos aparece (pues la mayoría, un 22,5%, refiere no experimentarla). No obstante, un 12,5% refiere sufrir agresiones sexuales de forma semanal. La violencia física, por su parte, se experimenta principalmente de forma puntual (en una sola ocasión), con un 25,5% de los casos. Con estos resultados, surgen las mismas reflexiones que aparecen en cuanto a la gravedad de la violencia, y el importante papel que parece adoptar el maltrato psicológico en la intensidad del daño experimentado.

En el análisis de las *variables que pueden señalar mayor riesgo* y peligrosidad en una relación de malos tratos, en la muestra analizada la gran mayoría de las mujeres no mantienen la relación violenta en el momento del estudio (un 86,6%), y además casi todas presentan conciencia de la situación de malos tratos (casi un 98%). Estas cifras son muy elevadas, y pueden ser el reflejo del carácter de la propia muestra, esto es, mujeres que están recibiendo tratamiento psicológico en centros especializados en malos tratos, lo que implica que en el momento del estudio seguramente existe en las mujeres cierto trabajo personal en materia de violencia que les permite ser más conscientes de la situación y poder protegerse de una forma más adaptativa (rompiendo la relación, por ejemplo), paso que es necesario realizar si el objetivo es dejar de ser una víctima y convertirse en superviviente. No obstante, estas características no tendrían que corresponder con el perfil mayoritario de las víctimas si se entiende que, por ejemplo en España, el Ministerio de Asuntos Sociales informa que la cantidad de mujeres que sufren maltrato puede ser casi cuatro veces mayor de lo que se ha detectado, ascendiendo del 4 al 15% de la población femenina española (Amor y cols., 2006). Entonces, puede entenderse que no todas las mujeres maltratadas busquen o reciban apoyo en materia de violencia de género, y hay que tener en cuenta además que muchos de los estudios analizan la violencia en población general (por ejemplo, las encuestas del Instituto de la Mujer) o en atención primaria, por lo que el porcentaje de mujeres que acudan a un servicio especializado en VGP debe ser mucho menor en estas investigaciones.

En cuanto a los aspectos policiales y jurídicos, casi la mitad de las mujeres (47%) han interpuesto denuncia en materia de violencia de género (si bien la mayoría no ha realizado denuncia alguna). Entre las que han denunciado, llama la atención el alto porcentaje de Órdenes de Protección (OP) otorgadas por el juzgado (un 70,4% de las que solicitan OP), frente a la media del 27% de OP acordadas en la Comunidad de Madrid según informa el Consejo General del Poder Judicial (2014). De nuevo, el hecho de que muchas de las mujeres de este estudio hayan podido denunciar y contar con apoyo de recursos institucionales (psico-sociales y jurídicos) podría ser una explicación en relación con la calidad de la denuncia y en el avance del proceso judicial pese a las dificultades inherentes al mismo (desconocimiento, culpabilidad y miedo, entre otras), pero tan solo es una hipótesis surgida a posteriori, que no pertenece a este estudio.

Resulta relevante detectar la presencia de antecedentes de violencia en la historia de las mujeres (un 28% informa de malos tratos entre sus padres, un 26,5% de maltrato familiar

en su infancia y casi un 20% ha experimentado anteriormente otra relación de violencia en la pareja). Además, en este estudio se encontró relación entre sufrir maltrato familiar en la infancia y la vivencia de VGP entre los progenitores (pues casi el 70% de las que informaban de maltrato en la infancia manifestaban también el maltrato entre sus padres). Estos datos parecen coherentes con los estudios que afirman que tener antecedentes de VGP, experimentar maltrato infantil y ser testigo de VGP en la familia están relacionados con ser víctima de VGP en la actualidad (OMS, 2010; Rich y cols., 2005; Riggs y cols., 2000; Hotaling y Sugarman, 1986; Kantor y Straus, 1989; Smith y cols., 2003; Amor y cols., 2001; y Ruiz-Pérez y cols., 2006).

En cuanto a la percepción del riesgo, poco más de la mitad de la muestra no lo percibe para su propia integridad. En menor medida se percibe riesgo para sus hijos/as, tan solo un 40% de las mujeres sienten que la violencia puede suponer peligro contra su descendencia. Estos datos contrastan con la constancia de que los hijos/as de las víctimas también son víctimas de la VGP, y que en un 63% de los casos el maltrato se suele extender hacia ellos/as (Amor y cols., 2001).

En relación a la pareja agresora, un elevado porcentaje (el 43,7%) presenta, según la víctima, problemas de consumo de alcohol y/o sustancias, lo que va la línea de considerar el abuso de alcohol por parte del agresor como un factor de riesgo para la VGP (Krug y cols., 2000), y con los datos obtenidos en 1998 por un Informe del defensor del pueblo, donde reflejaba que el 48% de las víctimas atribuían el maltrato al alcohol. En menor medida, un 13,2% presenta problemas psiquiátricos y un 8,6% cuenta con permiso de armas.

A la hora de analizar la *prevalencia de los distintos tipos de violencia*, encontramos, en el sentido esperado, que la violencia psicológica es la que está más presente, pues aparece en todas las mujeres analizadas (100% de los casos). En segundo lugar se sitúa la violencia física (con un 84,1% del total), y por último, un 62,3% vivencia violencia sexual. Estos datos están en consonancia con otros estudios realizados en España, como son los de Ruiz-Pérez y cols. (2006), Mata y Ruiz (2002; citados en Blanco y cols., 2004), y también lo obtenido en una muestra chilena de mujeres maltratadas por Rivas-Díez y Sánchez-López (2012).

En cuanto al peso de la *conurrencia de distintos tipos de violencia*, encontramos en la muestra que lo más prevalente (en un 53%) es que aparezcan conjuntamente los tres tipos de violencia (psicológica, física y sexual), seguido de la presencia de dos tipos de violencia con

un 40,4% (especialmente la violencia psicológica y física, seguido de la psicológica y sexual), y en último lugar, la sola presencia de violencia psicológica (en un 6,6% de las participantes). Estos datos corroboran las estimaciones de este estudio, son muy parecidos a los obtenidos por Labra (2014), y van en consonancia con lo que, en términos generales, obtiene Matud (2005).

Para poder realizar análisis de la gravedad de la violencia física, psicológica y sexual conjuntamente (ya que se trata de tres variables independientes entre sí), se planteó la posibilidad de encontrar un *modelo de clúster* que permitiera agrupar a las mujeres en función de la gravedad de las tres formas de maltrato, y se optó por el modelo de dos clústeres, los cuales presentan una calidad adecuada, y dividen a las mujeres entre las que sufren violencia leve-moderada (clúster 1) y las que experimenta violencia moderada-grave (clúster 2).

Estas agrupaciones en clúster permitieron a continuación analizar *si existen diferencias en las variables de riesgo en función de la gravedad de violencia conjunta*. De este modo, se encontraron una serie de diferencias esperadas, como son mayores intentos de ruptura, más antecedentes de maltrato familiar en la infancia, así como percepción de más riesgo (propio y de sus hijos) en las mujeres con mayor gravedad en el maltrato. Al respecto, Amor y cols. (2006) consideran que las víctimas afectadas por niveles bajos o moderados de violencia aguantan más la convivencia con el agresor y justifican más su comportamiento, frente a aquellas mujeres que sufren niveles más graves de violencia, caracterizadas por mayores deseos de abandonar la relación, si bien luego pueden regresar nuevamente. Esta mayor gravedad hace que también resulte más fácil ser consciente del riesgo y peligrosidad de la relación. Además, como ya se ha señalado anteriormente, tener antecedentes de maltrato familiar en la infancia constituye un factor de riesgo para la violencia de pareja (OMS, 2010; Rich y cols., 2005; Hotelling y Sugarman, 1986; Kantor y Straus, 1989; y Amor y cols., 2001).

Tras observar los resultados entre las características de la historia de violencia, se procedió a *comparar éstas con los rasgos sociodemográficos de las participantes, buscando diferencias en función de la gravedad del maltrato*. A la luz de los análisis, nos encontramos con resultados esperados en cuanto a la formación académica, trabajo remunerado y tener hijos/as. De este modo, presentan menor gravedad aquellas que tienen estudios universitarios, cuentan con actividad laboral remunerada y no tienen descendencia. Estos resultados son acordes con los estudios de Jaramillo-Vélez y cols. (2005), Vives-Cases y cols. (2010), OMS (2010), Preciado-Gavidia y cols. (2010), Ruiz Pérez y cols. (2006), Vest y cols. (2002), Stark

y Filcraft (1991), Jewkes y cols. (2002), y Amor y cols. (2006). El lugar de residencia y la edad aportaron resultados menos claros. Las mujeres con más edad resultaron del grupo de mayor gravedad del maltrato (se esperaba lo contrario), si bien tan solo se trata de tres casos, por lo que los resultados no son suficientemente representativos. Respecto al lugar de residencia, se estimó que el entorno rural estaría asociado a mayor gravedad, frente al urbano; las diferencias señalan que existe más gravedad en la violencia en aquellas que pertenecen al Área Metropolitana de Madrid (frente al Municipio de Madrid y el Área Rural), y que las mujeres que residen en la capital presentan menor gravedad del maltrato. Si bien estos datos parecen confirmar la menor gravedad en el entorno urbano del Municipio de Madrid (lo que se ha asociado con un mayor acceso a recursos), estos resultados no confirman que sea el entorno rural el de mayor riesgo de VGP, tal como defienden Logan y cols. (2003) o Lynch y Logan (2015).

Se han obtenido los resultados esperados en función de la *duración de la relación* en las siguientes variables sociodemográficas: estado civil, clase subjetiva y edad. En este sentido, parece que las mujeres que, teniendo o no pareja, no han formalizado su relación permanecen menos tiempo con su pareja, frente a las mujeres casadas, cuyas relaciones violentas duran más años. Además, a medida que vamos subiendo en el nivel social, las mujeres están menos años en unión con la pareja. Tener hijos/as también está relacionado con mayor duración de la relación. Amor y cols. (2006) expresan que facilitan la permanencia de la mujer en la relación la dependencia económica, y tener hijos a cargo, en la línea de Vest y cols. (2002), y Ruiz-Pérez y cols. (2006). Por el contrario, facilita la salida de la relación un número bajo de hijos y autonomía económica (Preciado-Gavidia y cols., (2010). Además, pertenecer a una clase social baja está asociado a sufrir más violencia, tal como señalan Stark y Filcraft (2002).

Los siguientes análisis en referencia al maltrato se centraron en comparar determinadas *características de violencia con las variables de apego*. En este estudio se anticipó que el apego inseguro sería el que estuviera más presente en el clúster de gravedad más elevada, en consonancia con las investigaciones que detectan mayor asociación entre el apego inseguro y la violencia (Babock y cols., 2008; Shurman y Rodríguez, 2006; Bartholomew y Allison, 2006; Loubat y cols., 2007, Roche y cols., 1999; citados en Potter, 2011). Sin embargo, parece que las participantes de este trabajo no se distribuyen en función del estilo de apego de forma diferencialmente significativa en los dos grupos de gravedad.

Tan solo se obtiene en la dirección esperada que existe mayor frecuencia de agresiones psicológicas en el grupo de apego inseguro.

Respecto a las correlaciones entre violencia y los subtipos de apego, encontramos que es el estilo preocupado el que correlaciona de forma positiva con la duración de la relación, mientras que las mujeres temerosas presentaron mayor frecuencia de la violencia física. Estos estilos son los que de forma más consistente la literatura científica ha encontrado relacionado con el riesgo de VGP y la dificultad con abandonar la relación (Grossmann y Grossman, 1990; citado en Moreno, 2010; Shurman y Rodríguez, 2006; Bartholomew y Allison, 2006; Lafuente y Cantero, 2010). Los autores también defienden menor presencia del apego seguro entre las mujeres maltratadas y un mejor afrontamiento de las emociones conflictivas (Grossmann y Grossman; citados en Moreno, 2010; Twaite y Rodríguez, 2004; citados en Potter, 2001), sin embargo no se obtienen resultados en este sentido, pues no salen correlaciones inversas significativas (si bien tampoco salen directamente significativas). De igual manera, el estilo resistente, pese a formar parte del apego inseguro, no aparece relacionado con mayores índices de violencia, si bien no existe mucha información al respecto porque normalmente se detecta mayor presencia de los otros tipos de apego inseguro en mujeres maltratadas.

En cuanto al funcionamiento dimensional del apego, los resultados son significativos en el sentido esperado. En referencia a la dimensión Ansiedad, los datos indican que cuanta mayor ansiedad afectiva presenta una mujer, mayor tiempo permanece en la relación de VGP. Los estudios vinculan esta dimensión a una autoimagen negativa, miedo al rechazo y al abandono, rechazo de la soledad y mayor preocupación por las relaciones (Mikulincer y cols., 2003; Brennan y cols., 1998; citados en Shaver y Mikulincer, 2002), lo que está en consonancia con que permanezca más años con su pareja agresora. En cuanto a la Dependencia (que es uno de los factores que conforman la dimensión Evitación, invirtiendo sus valores), también encontramos una asociación esperada respecto al índice de gravedad de la violencia física, lo que sugiere que a menor dependencia, menor intensidad de la violencia física (o dicho de otro modo, a más evitación, menos violencia física). Los estudios apoyan también este tipo de asociación en relación a víctimas de violencia de género y el desarrollo de sintomatología postraumática; por ejemplo, Scott y Babcock (2010) encuentran que Ansiedad y Dependencia (pero no Cercanía) modulan la aparición de sintomatología postraumática (es decir, a más ansiedad y dependencia, mayor TEPT).

El *análisis de la violencia en función de la resiliencia* revela la existencia de relación inversa entre determinados componentes de la resiliencia y el aspecto físico de la violencia. En este sentido, el factor de Ecuanimidad (que refleja una actitud tranquila ante la adversidad y percepción equilibrada de las experiencias vitales) está asociado negativamente con la frecuencia de la violencia física y la Gravedad de la violencia física. Además, la Aceptación con uno mismo y con la vida también aparece relacionada de forma contraria con la frecuencia de la violencia física. Por lo tanto, a mayor intensidad de la violencia física, menor resiliencia (ecuanimidad y satisfacción personal y vital). Esto parece ir en la línea de los autores que consideran que las mujeres maltratadas presentan menores niveles de resiliencia que la población normal (Jaramillo-Vélez y cols., 2005), y que la resiliencia actúa como un factor de protección ante situaciones de maltrato (Linley y Joshep , 2004; Anderson y cols., 2012; Mystakidou y cols., 2007; Charney, 2004; Friberg y cols., 2006; Simeon y cols., 2007; Lam y cols., 2008; Mann y cols., 2008; y Zorrilla y cols., 2011).

Con los resultados obtenidos, podemos concluir que los datos analizados en relación a la *violencia y el afrontamiento al estrés* van en la dirección esperada. En este caso, existen variados índices de violencia que se relacionan de forma positiva con estrategias de afrontamiento emocional, y de forma negativa con estrategias de afrontamiento racional. Concretamente, dentro de los estilos emocionales, a mayor gravedad de la violencia física, mayor Expresión Emocional Abierta (hostilidad e irritabilidad con los demás) y a más frecuencia de la violencia sexual, más Autofocalización Negativa (autoinculpación, indefensión, pérdida de control y pesimismo). En cuanto al estilo racional de afrontamiento, encontramos que a menor gravedad de la violencia psicológica y menor duración de la relación, más Reevaluación Positiva (capacidad para centrarse en los aspectos positivos del problema para solucionarlo).

Finalmente, en relación con la VGP, se observó el comportamiento de *las características de la violencia en torno a los índices de psicopatología y ajuste personal*. Los resultados obtenidos muestran altas correlaciones positivas entre los índices de violencia y las escalas psicopatológicas del SA-45, DTS y PFQ-2, y negativas con el cuestionario MARA-R, en la línea de lo esperado. Como son numerosas las escalas, y en consecuencia, también las correlaciones encontradas, en este apartado se presenta un resumen de lo más relevante, sugiriendo acudir la sección de resultados correspondiente para información más detallada. En resumen, se obtiene que los aspectos que miden la intensidad de la violencia física son los

que más correlacionan con las escalas de los síndromes clínicos del SA-45 (se encuentran relaciones en casi todas las escalas); de lejos, le sigue la violencia psicológica y con menor importancia, la violencia sexual. La violencia física es también la que presenta asociaciones más importantes con la sintomatología TEPT (DTS), sin embargo le sigue en relevancia los índices de violencia sexual, y no aparecen relaciones con la violencia psicológica y el estrés postraumático. En relación con la medida el PFQ-2, los datos reflejan mayor relaciones con la violencia física (especialmente con la vergüenza), seguido en importancia por la violencia psicológica (con más relación con el factor culpa), mientras que la violencia sexual apenas se encontró asociada a esta escala, mostrando tan solo una correlación con la culpabilidad. En referencia al ajuste personal (evaluado con el MARA-R), fue más relevante las asociaciones con la violencia psicológica (con una mala percepción de la pareja), seguida de la violencia sexual, especialmente relacionada con una mala autopercepción; la violencia física no estuvo asociada al ajuste personal.

En cuanto a los análisis que buscaban encontrar mayor sintomatología clínica y menor ajuste personal en las mujeres que han experimentado mayor gravedad de maltrato (clúster 2), de nuevo podemos aceptar la estimación planteada, pues todos los resultados significativos van en la dirección esperada: en el clúster de mayor gravedad hay mayor presencia de psicopatología general (y concretamente en las escalas de somatización, ansiedad, e ideación paranoide), y más sintomatología TEPT (y especialmente evitación). Las diferencias van en la dirección esperada pero no son significativas respecto a la presencia de culpa y vergüenza. Por su parte, son las mujeres con menor gravedad de la violencia experimentada (clúster 1) las que muestran mejor ajuste personal.

Todos estos resultados que relacionan la psicopatología con la violencia está en consonancia con los estudios en esta materia, que reflejan una alta prevalencia de alteraciones agudas y crónicas en la salud mental como resultado de la violencia dentro de la pareja, y señalan que cuanto más severo es el maltrato, mayor resulta el impacto (APA, 1999; Krug y cols., 2002; Lorente, 2001; Bermúdez y cols. 2009; Yosihama y Horrocks, 2002; Riggs y cols., 2000).

Posteriormente se analizó si existía mayor psicopatología y menor ajuste personal en las mujeres que aún permanecen en la relación violenta frente a las que no, y se obtuvieron los resultados esperados para la sintomatología del SA-45 y el ajuste personal, no apareciendo diferencias en cuanto a la sintomatología postraumática y los sentimientos de culpa y

vergüenza. En este sentido, las mujeres que continúan con el agresor presentan más somatización, ansiedad e ideación paranoide (así como puntuación total del SA-45), y percepciones menos positivas de la familia de origen y de sí mismas, frente a las mujeres que ya han roto la relación. El hecho de que algunos índices psicopatológicos tengan mayor presencia en las que permanecen en la relación violenta estaría en consonancia con lo que argumentan muchos estudios (Matud, 2004 y 2005; Dorahy, 2007), que ven cómo las mujeres que ya no están bajo el umbral del maltrato presentan mejores índices de salud. No obstante, el hecho de que esto no sea significativo para el caso del TEPT podría vincularse a la evidencia de que las consecuencias persisten aunque el maltrato haya desaparecido (Krug y cols., 2002), encontrando sintomatología postraumática en un gran porcentaje de mujeres maltratadas incluso años después de haber terminado con la relación (Robert y cols., 2006; citados por Wong y Mellor, 2014; Woods, 2000).

Tras detallar lo que se ha encontrado en las mujeres maltratadas poniendo el foco en los índices de violencia estudiados, se muestran los datos que se han considerado relevantes estudiar en torno al apego que presentan las víctimas de VGP.

Los primeros análisis en este apartado pretenden analizar la *prevalencia del apego seguro e inseguro (y sus subtipos)*. Los resultados muestran que el 73,5% de las participantes del estudio presentan un estilo de apego inseguro (frente a un 26,5% de apego seguro), y que del total de la muestra, el apego preocupado es el más prevalente (con un 27,8%). La mayor presencia de apego inseguro, y concretamente del estilo preocupado es coherente con el resto de investigaciones en esta área, donde se detecta la mayor presencia de mujeres preocupadas en población maltratada (Babcock y cols., 2008, Loubat y cols., 2007). En contraste, en la población general el apego seguro es el más prevalente (Hazan y Shaver, 1994; citados en Baldwin y Ferh, 1995; Roche y cols., 1999; citados en Potter, 2011). Por ejemplo, Alonso-Arbiol y cols. (2002) obtuvieron en una muestra de estudiantes universitarios que el 44,2% presentaba apego seguro, el 22,3% apego preocupado, en tercer lugar se situaba el apego temeroso (17%), y con menor presencia, el apego distante aparecía en un 16,5%.

Como era de interés analizar las relaciones entre las dos pruebas de evaluación del apego, se analizó cómo se distribuían las *dimensiones (AAS) en función de los estilos (CR)*. Tras los análisis, se obtienen los resultados esperados en lo que respecta a la dimensión

Ansiedad. De este modo, las puntuaciones medias de las mujeres preocupadas, seguidas de las temerosas, son mayores que en el caso de las participantes con estilo seguro y resistente, respectivamente. Sin embargo, la dimensión Evitación no se comporta de la forma esperada, ya que el apego seguro es el que más puntuación media obtiene en esta dimensión, seguido del orden esperado (estilo resistente, temeroso y preocupado, respectivamente). Posteriormente se buscaron las correlaciones entre los ítems del cuestionario CR y las dimensiones del AAS (para profundizar más), obteniendo resultados en la misma dirección al anterior análisis. De este modo, la dimensión Ansiedad correlaciona de forma positiva y significativa con los ítems de apego preocupado y temeroso. Pero para la dimensión Evitación, aparece una correlación significativa con el estilo seguro (mientras que el apego resistente no tiene asociación relevante), resultados que no se esperaban inicialmente; además, los estilos preocupados y temerosos presentan relación negativa con evitación (solo es congruente con lo estimado la asociación con el preocupado).

Los resultados de este estudio en relación con los estilos y dimensiones parecen tener datos no esperados para la dimensión Evitación, y principalmente con el papel del estilo seguro, que presenta más evitación de la esperada, por delante del estilo resistente. Los autores de la medida AAS y otros (Collins y Read, 1990; Mikulincer y cols., 2003) definen a las personas con apego seguro como cómodas con la cercanía y capaces de depender de otros (Cercanía y Dependencia son los factores que, invertidos, conforman la dimensión Evitación), pero en nuestro caso aparece una alta tendencia a la evitación (lo que quiere decir que una baja presencia de dependencia y cercanía). Además, se ha encontrado en este trabajo que tanto Dependencia como Cercanía correlacionan de forma positiva con Ansiedad, lo que parece señalarnos que en nuestra muestra, las mujeres que respondieron a los ítems que tenían que ver con la dependencia y la cercanía lo interpretaban como algo relacionado con el espectro de la ansiedad, y que la evitación, por lo tanto, es algo que actúa de forma inversa a afectos ansiosos. Bien, lo que surge ante estos resultados es el planteamiento de que las mujeres maltratadas, a diferencia de las personas de población que no ha sufrido estas experiencias traumáticas en una esfera tan íntima como la pareja, pueden interpretar la cercanía y la dependencia hacia la figura de apego (el agresor) como algo amenazante para su bienestar, y por lo tanto, maximizar posiciones evitativas ante esta figura a la hora de contestar a los cuestionarios. Tales conclusiones podrían encajar más con los resultados de determinados autores con mujeres maltratadas (Declercq y Willemssen, 2006; LaFlair y cols., 2015), donde sólo resultó relevante la dimensión ansiedad en relación con la psicopatología desarrollada

por las víctimas (por lo que el factor evitación parece actuar de una forma diferente en las mujeres analizadas por estos autores). En conclusión, surge plantearse si en este estudio, la dimensión Evitación toma un significado más cercano al de autonomía y necesidad de alejarse del peligro; sólo en este caso tendría sentido los resultados. Además, a nivel clínico puede encajar con una etapa de la recuperación sana de las propias víctimas, que rechazan de manera abierta y enérgica la idea de vincularse de nuevo en otra relación (de pareja), y la necesidad de reparar sus heridas y confianza en el otro para poder reiniciar posibles vínculos amorosos. Por el contrario, las mujeres más dependientes suelen expresar mucha ansiedad ante la soledad cuando han roto con sus parejas, y manifiestan abiertamente su deseo de encontrar otra pareja que les aporte tranquilidad, seguridad, y sentido de identidad.

No obstante, se entiende que este rechazo a vincularse de las personas seguras debería ser temporal, pues si se actúa así de forma estable y duradera, estaríamos ya ante posiciones afectivamente resistentes. En relación con estos planteamientos, recogemos las aportaciones de Ospina y cols. (2006), que describen cuatro etapas del cambio para lograr salir de una relación violenta: 1) *No tener en cuenta*; 2) *Darse cuenta*; 3) *Encontrarse a sí misma*; y 4) *Salir adelante sola*. Ésta última fase es descrita por estos autores como un momento en que las mujeres se sienten preparadas para romper el vínculo y tomar los riesgos que implica desvincularse del agresor y empezar de nuevo. Es posible que esta fase de cambio esté relacionada con ese factor aparentemente protector o saludable que toma en este estudio la evitación, entendida como una ruptura con la dependencia y la necesidad de crear un espacio propio y autónomo.

Tras analizar las relaciones entre las medidas de apego, se procede a observar qué asociaciones existen con otras variables. *En cuanto a la resiliencia*, los resultados son consonantes con lo esperado para los estilos seguro, temeroso y preocupado, pero no para el estilo resistente (que presenta en casi todas las escalas más puntuación que el seguro, si bien no existen diferencias significativas entre ambos). La evidencia empírica apoya la idea de que el apego seguro está asociado a la resiliencia (Cyrulnik, 2010; Barudy y Dantagnan, 2007; Marrone, 2009; Rutter, 1990; Greenspan, 1997; y Löessel, 1992; citados en Kotliarenko y cols., 1997; Uriarte, 2005; Anderson y Banj, 2012; Simeon y cols., 2007) y actúa como un factor protector para las víctimas de maltrato (Linley y Joshep, 2004; Anderson y cols., 2012; Mystakidou y cols., 2007; Charney, 2004; Friborg y cols., 2006; Simeon y cols., 2007; Lam y cols. 2008; Mann y cols. 2008; Zorrilla y cols., 2011), mientras que el apego inseguro desencadena más vulnerabilidad para afrontar peor los traumas y desarrollar psicopatología

(Marrone, 2009; Sroufe y cols., 2005; citados en Marrone, 2009). Los resultados aquí desarrollados no permiten dibujar una línea tan clara entre el apego seguro e inseguro, principalmente por la presencia tan alta de resiliencia en el apego resistente.

En general, se detectan dos bloques de resultados, por una parte están las puntuaciones similares para el estilo resistente y seguro, por otro, con puntuaciones menores en todas las escalas, el bloque formado por el apego temeroso y preocupado. Por lo tanto, si bien en la parte alta de las puntuaciones no se cumple lo esperado (el estilo resistente presenta mayor resiliencia), en la parte baja sí se cumple lo que se pronosticaba. Una reflexión que surge es que estos dos bloques que aparecen parecen coincidir con el planteamiento de que una buena imagen del self (formada por el apego seguro y resistente) está más relacionada con la resiliencia, frente a aquellos estilos con una autoimagen desvalorizada (temerosos y preocupados).

Además, y esto puede aplicarse para el resto de comparaciones con el estilo resistente, hay que recordar que las medidas del apego resistente del Cuestionario de Relación (Bartholomew y Horowitz, 1991) parecen corresponder con una mezcla de ítems de las medidas clásicas del apego evitativo y seguro, por lo que tiene sentido que apego resistente y seguro del CR aparezcan juntos formando un bloque. También se ha observado como el estilo temeroso de Bartholomew y Horowitz se ha relacionado tanto con el estilo evitativo (Brennan, Shaver y Tobery, en Feeney y Noller, 2001) como con una versión más suave del desorganizado (Melero Caveró, 2008). En este sentido, se podría interpretar el estilo resistente como la versión más sana de la evitación, y el estilo temeroso como la versión más patológica del apego evitativo.

Respecto a las asociaciones entre resiliencia y las dimensiones de apego, se encuentran resultados esperados solo en torno a la dimensión Ansiedad, que se relaciona de la forma pronosticada (negativamente) con las medidas de resiliencia, mientras que la dimensión Evitación sale de nuevo en un sentido inesperado, correlacionando de forma positiva con la capacidad resiliente. No abundan los estudios que analicen estas relaciones en mujeres maltratadas, por lo que no podemos realizar comparaciones con las dimensiones. Planteamos desde este trabajo que el factor de autonomía e independencia inherente en el estilo resistente (que maximiza la distancia con la figura de apego) puede ser un factor protector cuando ésta figura resulta de carácter violento.

También se ha buscado si existen *diferencias en el apego en función del estilo de afrontamiento*. Los resultados indican que es el apego seguro el que menores estrategias de afrontamiento emocional emplea, y el apego preocupado el que más uso hace de estrategias emocionales. En la única escala de factor racional con diferencias significativas (Focalización en Solución de Problemas), aparece el estilo seguro como el que más puntuaciones obtiene en esta estrategia, frente al apego temeroso (con menores puntuaciones en la escala).

El análisis de correlaciones muestra como la dimensión Ansiedad se asocia de forma negativa con la escala de afrontamiento racional “Focalización en la Solución de Problemas”, y de forma positiva con las escalas de afrontamiento emocional “Expresión Emocional Abierta”, “Autofocalización Negativa” y “Evitación”, todo en la línea de lo esperado. Por su parte, la dimensión Evitación correlaciona en sentido negativo con el afrontamiento emocional, resultado que va en dirección opuesta a lo esperado.

En general, los resultados (a excepción de las relaciones de la dimensión afectiva Evitación) salen en la línea de lo manifestado por otros autores, que recogen cómo el afrontamiento racional está más relacionado de forma positiva con el apego seguro, y el estilo emocional de afrontamiento más vinculado a los estilos inseguros (Abraham y Kerns, 2013; Brumariu, Kerns y Seibert, 2012; Reyes y Reidl, 2015; Mikulincer y Shaver, 2007; Páez y cols., 2006; Zhang y Labouvie-Vief, 2004; Pistone, 1989; citado en Feeney y Noller, 2001). Sin embargo, la dimensión Evitación, sin salir correlacionada con afrontamiento racional (asociado a formas más adaptativas de abordar el estrés), está inversamente relacionada con el afrontamiento emocional (que se ha caracterizado como un modo poco adaptativo de afrontar los problemas); por lo tanto, la evitación no parece un indicador de salud, pero señala un mejor funcionamiento que el resto de apegos inseguros.

Se concluye este apartado de *análisis del apego adulto buscando las relaciones con la psicopatología y el ajuste personal*. Los datos confirman las estimaciones planteadas, pues son los estilos temeroso y preocupado los que de forma significativa correlacionan tanto con la puntuación total del SA-45 y numerosas escalas, como en la puntuación total del DTS (y la escala hiperactivación), y mayores sentimientos de culpa y vergüenza (medidos por el PFQ-2). Por su parte, los estilos seguro y resistente presentan menores puntuaciones en todas ellas. Por el contrario, son las mujeres con estilo seguro, seguido del resistente, las que mejor ajuste personal presentan, frente a los estilos temeroso y preocupados, que rebelan peor

autopercepciones y visión de su familia de origen (siendo curioso cómo la percepción de la pareja no muestra diferencias entre los cuatro estilos de apego).

En relación con los resultados de las correlaciones, los resultados son coherentes en torno a la dimensión Ansiedad (AAS). Ésta correlaciona de forma positiva y significativa con todas las escalas del SA-45, con la puntuación en DTS (y el factor evitación), y con la puntuación global del PFQ-2 y sus factores, sin existir relación con el ajuste personal medido con el MARA-R. Por el contrario, siguiendo la tendencia de este estudio, la dimensión Evitación correlacionó de forma inversa (bien tanto con la sintomatología medida por el SA-45, con la escala de estrés postraumático y el cuestionario de sentimientos personales de culpa y vergüenza), pero esta vez sí aparece relación (positiva) con el ajuste personal (concretamente con la percepción de la familia de origen).

Los estudios sobre el apego y la psicopatología revelan que el estilo inseguro se ha asociado a mayor riesgo de desarrollo de trastornos, como son la depresión, abuso de sustancias, trastornos limítrofes, TEPT, somatización, y trastornos de ansiedad (Lafuente y Cantero, 2010; Munder y Hunter, 2010; Ravitz y cols., 2001; Allen, 2001; citado en Marrone, 2009; Besser y Priel, 2005; Solomon y cols., 2008; Scott y Babcock, 2010; Mickelson, Kessel y Shaver, 1997; Luca y Rada, 2006). Por su parte, el estilo seguro se ha considerado un buen predictor de niveles bajos de psicopatología (Bowlby, 1988; Mikulincer y Florian, 1998; citados en Moreno, 2010; Declercq y Willemsen, 2006; López, 1994; citado en Lucariello, 2012; Feeney y Noller, 2001). En general, los resultados irían en esta línea, si bien el estilo resistente y la dimensión evitación parecen menos asociados a psicopatología de lo esperado. En estudios con población traumatizada, como el de Liotti (1999; citado en Yáñez, 2008), aparece el factor ansiedad como relevante, pero no el de evitación, en relación con la sintomatología desarrollada. Así que si en población general la dimensión Evitación suele estar relacionada de forma positiva con índices de psicopatología, cuando se analiza en muestras con personas que han experimentado violencia aparecen estudios donde esta dimensión deja de ser explicativa en algunas ocasiones. No obstante, en este trabajo sí que es relevante, pero en la dirección contraria (ya sea porque en esta muestra estas variables pueden interpretarse como conceptos protectores de la violencia, bien porque estas características pueden presentar tendencia a percibir y comunicar menos emociones negativas).

Los siguientes análisis se centran en cómo se expresa la resiliencia en víctimas de VGP. Como los resultados de esta variable en relación con la violencia y el apego adulto han sido explicados anteriormente, nos centramos ahora en la discusión sobre la prevalencia de puntuaciones en resiliencia, las relaciones encontradas con afrontamiento, por un lado, y la psicopatología y el ajuste personal, por el otro.

Los análisis nos dicen que una gran parte de las mujeres evaluadas no obtienen *puntuaciones altas en resiliencia*, pues ni un tercio de ellas superan el punto de corte que delimita la obtención de alta resiliencia, y la media de toda la muestra en puntuación total de resiliencia es menor que el punto de corte de referencia. Por el contrario, otros estudios en mujeres maltratadas, como el de Humphreys (2003), obtenían puntuaciones medias elevadas, contradiciendo la idea general que espera poca presencia de resiliencia en el maltrato.

¿Qué nos dicen los principales estudios sobre la *resiliencia y el afrontamiento*? En general los autores encuentran relaciones directas entre las capacidades resilientes y el afrontamiento activo y centrado en el problema, y por el contrario entienden que el afrontamiento pasivo y emocional está vinculado con altos niveles de estrés, así como con una acción inhibitoria de la resiliencia (Greco y cols., 2006; Connor, 2006; González y Artuch, 2014; Yoon y cols., 2014; Pérez y Medica, 2011; Bermejo y cols., 2011; Sojo y Guarino, 2011).

Los resultados de este trabajo van en la línea de lo que ven estos autores, ya que se obtienen correlaciones positivas entre las puntuaciones de la escala total de resiliencia (así como de sus dos factores generales) con el tipo de Afrontamiento Racional (especialmente con la Focalización en Solución de Problemas y la Reevaluación positiva). Es decir, que las mujeres maltratadas que presentan más resiliencia, analizan más las causas, planifican y ejecutan soluciones para afrontar los problemas, además de ser más capaces de reconocer los eventos estresantes y centrarse en los aspectos positivos del problema. Por el contrario, y también en la dirección esperada, el tipo de Afrontamiento Emocional (y particularmente las estrategias de Expresión Emocional Abierta y Autofocalización Negativa) aparece asociado negativamente a la variable de resiliencia. Esto nos indica que las participantes que mostraron menor competencia personal y aceptación de sí mismas y de la vida (los dos factores generales de resiliencia) empleaban más estrategias en las que mostraban su irritabilidad y hostilidad hacia los demás, sentimientos de culpa, indefensión y sensación de pérdida de control.

Respecto a la relación entre *resiliencia* y *psicopatología*, existe evidencia del factor protector que ejerce la resiliencia en relación al desarrollo de psicopatología y el impacto del trauma (Anderson y Banj, 2012; Davidson y cols., 2005; citados en Connor, 2006; Zaharadnik y cols., 2009; Finchman y cols., 2009; Humphreys, 2003), ya que esta capacidad de resistencia al trauma contribuye de manera importante a la reducción del distrés y al número de síntomas reportados (Jaramillo-Vélez y cols., 2005). Son relevantes los estudios centrados en mujeres maltratadas, que encuentran menores índices de sintomatología evaluada por el SCL-90 (somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, y ansiedad), TEPT y depresión (Humphreys, 2003; Anderson y Banj, 2012; Lam y cols., 2008) cuanto más presente está la resiliencia.

Las mujeres de este estudio que presentaban mayores niveles de resiliencia (en todos sus factores) desarrollaban de forma claramente significativa menores síntomas en todos los síndromes evaluados por el SA-45, e informaban de menores puntuaciones en la medida de estrés postraumático (especialmente de los relacionados con la hiperactivación), así como menos sentimientos de culpa y vergüenza. Además, eran las mujeres más resilientes las que mostraban mayor ajuste personal (especialmente en lo referente a una percepción más positiva de sí mismas). En conclusión, parece que los datos van en la línea de lo aportado por las investigaciones, y confirman el papel protector para la salud mental por parte de la resiliencia.

A continuación exploraremos la relación entre afrontamiento y la psicopatología / ajuste personal, pues los análisis con otras variables relevantes (violencia, apego y resiliencia) han sido desarrollados ya en apartados anteriores.

En *relación con la psicopatología*, se han encontrado principalmente estudios que analizan la relación entre el afrontamiento y el estrés postraumático, la depresión y la culpa. Los datos sugieren que las estrategias evitativas o pasivas son las que resultan más desadaptativas para el afrontamiento de los problemas, pues aparecen asociadas a mayores niveles de ansiedad, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, psicoticismo, sintomatología postraumática, sentimientos de culpa, depresión y menor autoestima (Mitchel y cols., 2006; Cantón, 2010; Leiva-Bianchi y cols., 2012; Cantón y justicia, 2008; Cantón-Cortés y cols., 2011). Las investigaciones con mujeres maltratadas confirman esta tendencia (Krause y cols., 2008; Mitchel y cols., 2006), y además señalan que aquellas que utilizan más

estrategias centradas en el problema desarrollan menos TEPT y cuentan con más apoyo social (Astin y cols., 1993; citados en Sabina, 2008).

Los resultados de este trabajo confirman que el Afrontamiento racional no tiene relación con la sintomatología evaluada (SA-45, DTS y PFQ-2), pero sí con el ajuste personal (especialmente una auto-percepción positiva), lo que iría en la línea de asociar este estilo de afrontamiento con menores experiencias de estrés. Es el Afrontamiento emocional el que sí se encuentra altamente relacionado directamente con la psicopatología (somatización, síntomas obsesivo-compulsivos sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, síntomas de estrés postraumático, y sentimientos de culpa y vergüenza), así como con un mal ajuste personal, en lo referente a autopercepciones negativas de propias mujeres evaluadas. Pero en este caso, no es el factor de afrontamiento evitativo el que presenta las diferencias significativas (casi todos los estudios hablan de estilo evitativo), sino que son las escalas de Expresión Emocional Abierta y Autofocalización Negativa las que dan peso a estas relaciones.

También interesaba en este estudio observar la salud mental de las mujeres maltratadas. Se esperaba una presencia importante de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad, pues son los síndromes más reportados en los estudios en relación con víctimas de VGP (Matud, 2005; Golding, 1999; Bermúdez y Matud, 2009; Robertiello, 2006; Prieto, 2014).

En los resultados puede apreciarse que los síndromes clínicos más presentes (evaluados por el SA-45) son Depresión y Ansiedad (seguidos de somatización y síntomas obsesivo-compulsivos). Como en este cuestionario no se mide directamente el TEPT, analizamos los datos del DTS, y encontramos que casi el 70% de las mujeres (67,55%) superan el punto de corte propuesto para considerar que la sintomatología es lo suficientemente elevada como para plantearse el diagnóstico del síndrome. Estos resultados se acercan a los obtenidos por Golding (1999), Riggs y cols. (2000) y Rivas-Díez y Sánchez-López (2012).

Se esperaba una alta correlación positiva entre las medidas de síntomas psicológicos, así como una relación inversa entre la psicopatología y el ajuste personal. Esto es lo que se encontró en los análisis, destacando especialmente las relaciones entre la puntuación total del

DTS (que mide estrés postraumático) con las escalas de psicoticismo y ansiedad del SA-45, por su elevada correspondencia. En relación con el ajuste personal, la variable que más peso mostró (en sentido inverso) fue la de Auto-percepción, lo que nos indicaría que de entre todas las esferas personales de una persona, es la percepción positiva de uno mismo (frente a la de la familia de origen o la de la pareja) la que más protege del desarrollo de psicopatología. Esto iría en consonancia con las relaciones encontradas entre la autopercepción con la resiliencia y el afrontamiento, y plantea la idea de que esta escala sea una buena medida del autoconcepto.

Para finalizar con los objetivos que han movilizad este trabajo, se buscó a través de un modelo de regresión variables predictoras de mayor o menor psicopatología. Los datos obtenidos nos permiten señalar que el Afrontamiento Emocional parece comportarse como un factor de riesgo y que actúan como factores de protección la dimensión Evitación, y la escala de resiliencia Competencia Personal (para las dos medidas de psicopatología analizadas). La dimensión Ansiedad funciona también como un factor de riesgo a desarrollar la psicopatología medida por el SA-45; esta variable no tiene significación para la sintomatología del DTS, si bien surge como un factor de riesgo para el estrés postraumático la presencia de violencia sexual.

En general, todos los datos son coherentes con los estudios previos, pues como hemos señalado anteriormente, la resiliencia se entiende como un factor de protección ante el maltrato (Anderson y cols., 2014), la dimensión Ansiedad se ha relacionado con la presencia de psicopatología (Scott y Babcock, 2010), y hay más prevalencia de TEPT en las que han sido maltratadas sexualmente (Amor y cols. 2001). Pero de nuevo, la dimensión Evitación se mueve en direcciones desconocidas, pues de forma consistente va asociándose positivamente a variables saludables, o de forma negativa a variables desadaptativas. El hecho de que casi todos los resultados vayan saliendo en la dirección esperada, y que de forma estable se obtenga que la variable diferente (la Evitación) funciona siempre en una dirección inesperada, sugiere que estos datos no son fruto de inconsistencias en las respuestas (ya que en general se confirman las hipótesis planteadas), sino que empuja a buscar una nueva explicación de la función de la evitación en mujeres que están tratando de recuperarse de la experiencia de violencia dentro de su mundo más íntimo, la pareja.

Por todo esto, frases como *“Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí”* (ítem del estilo resistente en el CR), *“Es difícil para mí depender de otras personas”* o *“Me es difícil confiar plenamente en otras personas”* (ítems del cuestionario AAS que pertenecen a la dimensión Evitación) podrían ser promotores de cierta protección personal durante al menos un periodo de recuperación del trauma, si va dirigido hacia una posible pareja.

Es cierto en la idea es que se están midiendo variables relativamente estables (el apego), pero también lo es que cuando una persona es víctima de agresiones por parte de la persona de la que en principio espera amor y confianza, ciertas actitudes (como la de confiar y depender de otra persona) pueden vivenciarse como un riesgo para la reconstrucción de la autoestima propia. Con actitudes evitativas, se podría blindar lo que quede de buena estima personal, y se busca protección del daño del “otro”. Si esta posición es temporal, podría ser, por su puesto, índice de buenas expectativas para la recuperación de la confianza con una misma, y con los demás. Y como relatan los teóricos del apego, que defienden una relativa estabilidad a lo largo del ciclo vital, con posibles cambios en momentos de transición vitales (Baldwin y Fehr, 1995; Kirkpatrick y Hazan, 1994, citados en Feeney y Noller, 2001; Serrano, 2012), esta investigación sugiere que la propia violencia podría significar un hito de transición (al menos temporal), y que quizás, bastantes de las que se ha señalado como mujeres de estilo resistente, en realidad son “mujeres seguras temporalmente resistentes” (pues no hay que olvidar que en este trabajo, normalmente el apego resistentes y el seguro van de la mano en muchas de las variables).

6.2. CONCLUSIONES:

Desde este trabajo se recogen las aportaciones que se han hecho en el campo de la violencia de género en la pareja, donde se resaltan las importantes consecuencias traumáticas de las experiencias de maltrato, así como se detecta que determinadas variables pueden acentuar o disminuir el daño provocado. Existen numerosos trabajos que analizan las características sociodemográficas, y además muestran cómo se expresan las distintas facetas de la violencia (gravedad, subtipos, concurrencia, frecuencia, riesgo, etc.).

Otros estudios enlazan este análisis sobre las víctimas de VGP con otras variables que entienden relevantes, como pueden ser el apego adulto, la resiliencia y el afrontamiento. De ahí que resultan de elevado interés modelos como el de la teoría del apego (y cómo funcionan los vínculos adultos), y enfoques como el del afrontamiento al estrés y las capacidades resilientes. Entre estos constructos existen investigaciones parciales, que buscan la relación con características de violencia o psicopatología. Esto nos permite hacernos la idea de que todas las variables parecen caminar en direcciones similares, pero no es muy común encontrar investigaciones que intenten aunar todas estas variables para encontrar su potencial explicativo en común.

El objetivo de este estudio es precisamente poder determinar si todas estas variables que parecen funcionar de forma protectora o aumentando la vulnerabilidad de la violencia, se expresan así en una misma muestra, para poder llegar a realizar una mirada más global y completa de las mujeres que sufren maltrato. De este modo, no solo se pondría el acento en todas las consecuencias negativas, sino también podría entenderse qué aspectos son promotores de la salud. Es habitual encontrar mucha investigación sobre lo que se ha roto, pero no tanto sobre lo que permanece, sobre lo que resiste. Desde aquí se pretende poder entender cómo funcionan ambos aspectos, porque además de acumular heridas (físicas y emocionales), se entiende que las víctimas de malos tratos despliegan cualidades para sobrevivir (aunque no siempre sean adaptativas a largo plazo).

Los resultados obtenidos reflejan la importante presencia de la violencia psicológica en el maltrato (en gravedad y frecuencia) pese a que es la que menos estudios recibe a nivel mundial. También encontramos una alta prevalencia de los tres tipos de violencia conjuntamente, pues aparecen mucho más frecuentemente que de forma aislada. Las mujeres

suelen estar entre 3 y 10 años en la relación, si bien en el momento del estudio muy pocas permanecen junto a su agresor. Además, aproximadamente una cuarta parte de las víctimas cuentan con antecedentes de violencia familiar en la infancia y han sido testigos de VGP entre sus padres. Respecto a las mujeres con índices de violencia más graves, suelen intentar abandonar más veces la relación, tener más percepción de riesgo, contar con más antecedentes de violencia familiar, y ser madres, mientras que las que menos indicadores de intensidad en el maltrato muestran suelen tener más formación, actividad laboral remunerada, no tienen descendencia y son de clase social más alta. Todos estos datos van en la línea de lo aportado por otros estudios.

En relación al apego, se ha encontrado que el estilo inseguro, y concretamente el preocupado, es el más prevalente entre las mujeres maltratadas, lo que encaja con lo esperado. Sin embargo, y antes de resumir los datos más relevantes, es necesario destacar que es en el estudio del apego donde aparecen dos aspectos que en principio no se anticipaban. Por un lado, el análisis comparativo del apego con otras variables nos devuelve de forma constante dos subgrupos: no Seguros vs. Inseguros, como era de esperar, sino los que tienen un buen modelo del self (seguro y resistente) frente a los que tienen un modelo negativo del self (temeroso y preocupado). Esto podría explicarse si se interpreta que el estilo resistente del Cuestionario de Relación está formado por características del apego seguro y evitativo de otros estudios clásicos, y que el temeroso se ha asociado tanto al evitativo como al desorganizado (Brennan, Shaver y Tober, 1991; citados en Feeney y Noller, 2001; Melero Cavero, 2008), por lo que el apego resistente sería una versión más segura de la evitación, y el apego temeroso un estilo más inseguro del apego evitativo.

El otro dato inesperado es el que aporta la dimensión Evitación, que funciona con cualidades contrarias a las estimadas previamente (esto es, más adaptativas de lo que se suponía). Desde este trabajo se plantea la posible capacidad protectora de determinadas actitudes evitativas que promueven la autonomía, blindan la propia autoimagen y alejan la dependencia de la figura de apego, como un posible factor protector temporal en aquellas mujeres que han experimentado agresiones de su principal figura de apego adulto. Desde este prisma, y a la luz de los resultados, podría encontrarse un sentido a estos datos no previstos.

Respecto a la dimensión Ansiedad (que implica miedo al abandono y rechazo por parte del compañero romántico), los resultados son coherentes con lo esperado, y por ello se ha relacionado con mayor tiempo de permanencia en la relación violenta. Aparece

especialmente vinculada a los estilos temeroso y preocupado, a bajos niveles de resiliencia y afrontamiento racional, y a un mayor uso de estrategias emocionales frente al estrés. Además, a más ansiedad, los datos señalan que aparece más psicopatología y existe menor ajuste personal. Por su parte, la dimensión Evitación (que implica una necesidad excesiva de autonomía y distancia emocional de los demás) es más común en los estilos de apego seguro y resistente, y parece proteger de la violencia física; está asociado a una alta resiliencia y a un bajo afrontamiento emocional, a poca psicopatología y a mejor ajuste personal. Se podría concluir que presentar dependencia por la figura de apego y sentir miedo a ser abandonada por ella (ansiedad) está asociado a peores indicadores de salud en mujeres maltratadas que han iniciado el camino del trabajo terapéutico, mientras que aquellas que se sienten incómodas con la cercanía de la pareja y tienen una visión negativa de ella (evitación), están relacionadas con menores índices de psicopatología. Además, en general, podríamos hacer una analogía entre los resultados aportados por la dimensión Ansiedad con los estilos Preocupado y Temeroso, y la dimensión Evitación con los estilos Seguro y Resistente.

Los resultados en resiliencia reflejan que la mayor parte de las mujeres de la muestra no obtienen puntuaciones elevadas en esta capacidad de resistencia al trauma (a diferencia de otros estudios, que enfatizan la presencia de elevada fortaleza ante la violencia de pareja). Por otro lado, en relación con el afrontamiento, se obtienen datos en las direcciones esperadas (salvo lo que tiene que ver con las características del apego anteriormente explicadas), sugiriendo que la resiliencia se asocia positivamente con el afrontamiento racional y negativamente con el afrontamiento emocional. De este modo, se ha encontrado menor resiliencia y afrontamiento racional, y más afrontamiento emocional, en los casos de mayor intensidad en el maltrato, con más psicopatología y con menor ajuste personal.

En cuanto a la sintomatología encontrada en la muestra, se ha detectado mayor presencia de depresión y ansiedad en los síndromes generales, y casi un 70% de las participantes presentan elevadas puntuaciones de TEPT. Estos datos son congruentes con lo que aportan otros estudios. Además, se han hallado elevadas correlaciones positivas entre todos los índices de psicopatología, y relaciones inversas entre éstos, con el ajuste personal, tal como era de esperar. En cuanto a su relación con la violencia, hay más psicopatología en las mujeres que sufren un maltrato más grave y/o que permanecen aún en la relación.

Finalmente, con la intención de encontrar factores que predigan el desarrollo de psicopatología en mujeres maltratadas, los análisis de regresión reflejan dos factores de

protección (la dimensión de apego Evitación y el factor resiliente Aceptación de uno mismo y de la vida) y tres factores de riesgo (el Afrontamiento emocional, la dimensión de apego Ansiedad, y la presencia de Violencia sexual). Por lo tanto, podemos concluir que las variables de apego pueden actuar como factores de riesgo o protección en función de sus dimensiones, la resiliencia produce un efecto protector de la psicopatología en las víctimas de violencia, y que el afrontamiento funciona, a través del estilo emocional, como un factor de riesgo. Además, la violencia sexual aparece como un predictor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología postraumática.

Durante la realización de este estudio se han planteado una serie de limitaciones que tendrían que tenerse en cuenta para la comprensión de los resultados y para proponerlas como mejoras en posibles líneas de investigación futuras. La primera mejora propuesta sería la de poder contar con un grupo de control, que permitiera no sólo encontrar las diferencias entre las mujeres maltratadas y las que no, sino además aportar más explicaciones en cuanto a los resultados inesperados en materia de estilos de apego y dimensiones afectivas. Los datos obtenidos en cuanto al papel de la evitación afectiva parece que muestran actitudes protectoras, lo que se interpreta como algo positivo si se enmarca en una etapa temporal del cambio y la recuperación de las víctimas de maltrato, pero si hubiésemos contado con un grupo de comparación, estas estimaciones podrían haberse analizado y se hubiesen considerado muy interesantes para el desarrollo de las conclusiones (pues puede encontrarse sentido a que la evitación proteja de algún modo a las mujeres maltratadas, pero no tiene sentido para aquellas que no han sufrido violencia por parte de su pareja).

También emerge la necesidad de realizar estudios longitudinales en cuanto al apego en el maltrato, para poder determinar si estas experiencias traumáticas suponen un hito vital suficientemente intenso como para promover, aunque sea de forma temporal, el paso a mayor inseguridad en el apego (especialmente en relación al posible cambio negativo en la percepción de los otros en las personas seguras), y si de sucederse esto, existe un retorno a mayor seguridad afectiva cuando se produce un proceso de reparación personal (y qué fases componen este camino hacia la salud).

Resultaba relevante para los análisis obtener estilos de apego cualitativamente diferentes, por lo que se optó por utilizar el Cuestionario de Relación (RQ; Bartholomew y

Horowitz, 1991), ya que es uno de los pocos instrumentos que permite esta medida, está basado en un modelo conceptual coherente que ha sido apoyado empíricamente en numerosas ocasiones, y además ha sido ampliamente utilizado en las investigaciones que tienen en cuenta el apego adulto a nivel mundial (Yárnoz, 2008). En este estudio surge el planteamiento de que el reducido número de ítems de este cuestionario (uno por cada estilo analizado) y la elección forzosa de uno de ellos, puede suponer carencias a la hora de hacer interpretaciones de los resultados, por lo que sería interesante el desarrollo de un cuestionario con similar planteamiento teórico pero mayor longitud de la prueba, aspectos que en la actualidad no se han realizado.

Para futuras líneas de investigación, se propone también ampliar el estudio de papel del maltrato psicológico, pues parece estar siempre presente, tener intensidad elevada y frecuencia cotidiana. Éste tipo de violencia necesitaría poder operativizarse mejor para lograr profundizar en el fenómeno, y ayudar a romper con la invisibilidad del maltrato emocional en los entornos profesionales que trabajan con víctimas de VGP (jueces y juezas, abogados/as, médicos, terapeutas, trabajadores/as sociales, educadores/as, policía, y un largo etcétera).

No se puede pasar por alto la posibilidad de comparar todas estas variables, y las que se entiendan implicadas en la comprensión de la VGP, en muestras de mujeres maltratadas que están recibiendo apoyo psico-social, con aquellas que no cuentan con atención especializada. Sí se han hecho estudios en relación con la importancia del apoyo social (informal), pero sería interesante poder analizar las diferencias entre estos dos tipos de víctimas para esclarecer el efecto de la ayuda en lugares como los que acudían las mujeres de este estudio.

También se propone profundizar más en las relaciones entre apego, resiliencia y afrontamiento en víctimas de violencia de género, para poder avanzar en el conocimiento científico y aplicarlo al campo de la recuperación psicoterapéutica. Tras observar los resultados de este trabajo de investigación surge la necesidad de plantearse, para futuros análisis, si existe un modelo estructural que permita establecer si el apego, la resiliencia y el afrontamiento (o alguno de ellos) funciona como una variable mediadora de los efectos de la violencia en las consecuencias psicopatológicas de las víctimas de maltrato.

CAPÍTULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abraham, M.M. & Kerns, K.A. (2013). Positive and negative emotions and coping as mediators of mother-child attachment and peer relationships. *Merril-Palmer Quarterly*, 59(4), 399-425.
- Ackerson, L.K., Kawachi, I., Barbeau, E.M. & Subramanlan, S.V. (2008). Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: a population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3), 507-517.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709-716.
- Ainsworth, M.D.S. & Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 41(1), 49-67.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Walters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Aguirre, P., Cova, F., Dormachi, G., Ma, P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P., Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48(2), 114-122.
- Alonso-Arbiol, I. (2002). *Atxikimendu insegurua eta genero rola pertsonarteko mendekotasunaren korrelatu gisa (Apego inseguro y roles de género como correlatos de la dependencia interpersonal)*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P.R., Gillath, O. (2008). Spanish and American versions of the ECR Adult Attachment Questionnaire. A comparative study. *European journal of psychological assesment*, 24(1), 9-13.
- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P.R. & Yáñez, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal relationships*, 9, 479-490.
- Alvarado, B.G., Sandín, B., Valedéz-Medina, J.L., Gonzáles-Arratia, N., y Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de psicología*, 28(2), mayo, 436-433.
- American Psychological Association (APA, 1999). *Resolution on Male Violence Against Women*. Disponible en <http://www.apa.org/about/policy/male-violence.aspx> [consultado el 25 de Agosto de 2015].
- Amor, P.J., Bohórquez, I.A. Corral, P., y Oria, J.C. (2012). Variables psicosociales y riesgo de violencia en parejas con abuso de sustancias tóxicas y maltrato previo. *Acción Psicológica*, 91, 3-18.

- Amor, P.J., Bohórquez, I.A., y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora?. *Acción Psicológica*, 4(2), 129-154.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B, y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(3), 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2, 227-246.
- Anderson, D. (2003). The impact on subsequent violence of returning to an abusive partner. *Journal of comparative family studies*, 34(1), 93-112.
- Anderson, K.M, & Banj, E-J.(2012). Assesing PTSD and resilience for females who during childhood were exposed to domestic violence. *Child and Family Social Work*, 17, 55-65.
- Anderson, K.M., Renner, L.M. & Danis, F.S. (2012). Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence against women*, 18(11), 1279-1299.
- Andreu, Y., y Martínez, Y. (2013). Adaptación española de la “Escala de afrontamiento por aproximación emocional” (EAC). *Psicología conductual*, 21(2), 363-379.
- Andrews, C.M, Marsh, J.C. & Shin, H. (2011). The impact of comprehensive services in substance abuse treatment for women with a history of intimate partner violence. *Violence against women*, 17(5), 550-567.
- Astin, M.C., Lawrence, K.J. y Foy, D.W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: risk and resiliency factors. *Violence and victims*, 8(1), 17-28.
- Averill, P.M., Diefenchach, G.J., Stanley, M.A., Breckenridge, J.K. & Lusby, B. (2002). Assesment of shame and guilt in psychiatric sample: a comparison of two measures. *Personality and individual differences*, 32, 1365-1376.
- Babcock, J.C., Roseman, A., Green, C.E. & Ross, J.M. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: examining mediator and moderator to the abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809-818.
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & Van IJzendoorn, M.H. (1993). A psychometric study of the adult attachment interview: reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29(5), 870-879.
- Baldwin, M.W. & Fehr, B. (1995). On the inestability of attachment style ratings. *Personal relationships*, 2, 247-261.

- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Allison, C. (2006). An attachment perspective on abusive dynamics in intimate relationships. En Mikulincer, M. & Goodman, G.S. (Eds.). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving and sex* (pp-102-127), New York, Guildford.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among Young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social psychology*, 61(2), 226-144.
- Bartholomew, K., & Shaver, P.R. (1998). Methods of assessing adult attachment. Do they converge?. From Simpson, J.A., & Rohles, W.S. (Eds.). *Attachment theory and roles relationships*, 25-45. New York, Guilford Press.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2007). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona, Gedisa Editorial.
- Bedoya Cardona, E.Y. (2012). *Apego y esquizotipia en población no clínica*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Facultat de Psicologia.
- Bennice, J.A., Resick, P.A., Mechanic, M. y Astin, M. (2003). The relative effects on intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and victims*, 18, 87-94.
- Benoit, D. & Parker, K.C.H. (1994). Stability transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Bermejo, J.C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., Serrano, I. Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores del duelo complicado. *Revista de psicoterapia*, Vol. XXII, 88, 85-95.
- Bermúdez, P., Matud, M., Buela-Casal, G. (2009). Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador. *Revista mexicana de psicología*, 26(1), 51-59.
- Besser, A. & Priel, B. (2005). The Apple does no fall from the tree: attachment styles and personality vulnerabilities to depression in three generations of women. *Personality and social psychology bulletin*, 31(8), 1052-1073.
- Blanco Prieto, P. (2007). Consecuencias de la violencia sobre las mujeres. La detección precoz en consulta. En Ruiz-Jarabo, C., y Blanco Prieto, P. (Dir). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*, (103-108), España, Ed. Díaz de Santos.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, y Martín García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18(1), 182-188.
- Blázquez Alonso, M. & Moreno Manso, J.M. (2005). El maltrato psicológico en la pareja. *Researchgate*.

- Bobes, J; Bascarán, MT; González, MP; Bousoño, M; Calcedo, A; Hormaechea, JA; Wallace, D H (1999). *Traducción de la Escala de Trauma de Davidson (DTS)* (Jonathan R. T. Davidson).
- Bobes, J., Bostock, J., Plumpton, M. & Pratt, R. (2009). Domestic violence against women: understanding social processes and women's experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19, 95-110.
- Bowlby, J. (1993a). *El vínculo afectivo*. Barcelona, Paidós.
- Bowlby, J. (1993b). *La pérdida afectiva*. Tristeza y depresión. Barcelona, Paidós.
- Bowlby, J. (1993c). *La separación afectiva*. Barcelona, Paidós.
- Bowlby, J. (2003). *The making & Breaking of affectional bonds* (Reimpresión). New York, Brunner-Routledge.
- Boy, A. & Kulczycki, A. (2008). What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. *Violence Against Women*, 14(1), 53-70.
- Boyle, M.H., Georgiades, K., Cullen, J. & Racine, Y. (2009). Community influences on intimate partner violence in India: Women's education attitudes towards mistratment and standars of living. *Social Science & Medicine*, 69, 691-697.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Aisnworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Brennan, K.A. & Shaver; P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation and romantic relationship functioning. *Personality and social psychology bulletin*, 21, 267-283.
- Brown, L., Thurman, T., Bloeam, J. & Kendall, C. (2006). Sexual violence in Lesotho. *Population Council*, 37(4), 269-280.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners: Prevalence, outcomes, and policy implications. *American psychologist*, 48(19), 1077-1087.
- Brumariu, L.E., Kerns, K.A. & Seibert, A. (2012). Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*, 19, 569-585.
- Busuito, A., Huth-Bocks, A. & Puro, E. (2014). Romantic attachment as a moderator of the association between childhood abuse and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of family violence*, 29, 567-577.
- Bybee, D.I. & Sullivan, C.M. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American journal of community psychology*, 30(1), 103-132.

- Cabral, B.E. y Silva, C.C. (2009). Una ética de la alteridad y la diferencia. Por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Revista de educación y ciencias sociales*, 36, 121-139.
- Caetano, R. y Cunradi, C. (2003). Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks and Hispanics. *Annals of epidemiology*, 13(10), 661-665.
- Calvete, E., Corral, S., y Estévez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 20(4), 360-382.
- Campbell, J. (2001). Domestic violence as a women's health issue – Panel discussion. *Women's health Issues*, 11(4), 381-387.
- Campbell, R., Sullivan, C.M. & Davidson, W.S. (1995). Women who used domestic violence shelters. *Psychology of women quarterly*, 19, 237-255.
- Campos, J.J., Barrett, K.C., Lamb, M. E., Goldsmith, H.H. & Stenberg, C. (1983). Socioemotional development. En Mussen, P. (Ed). *Handbook of child psychology. Vol. II. Infancy and developmental psychobiology*. New York, John Wiley & Sons.
- Camps, S., Castillo-Garayoa, J.A., y Cifre, I. (2013). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25, 67-74.
- Cano, F.J., Rodríguez, L., y García, J., (2007). Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Cantón, D. (2010). *El papel de las estrategias de afrontamiento y de las atribuciones de culpa en el ajuste psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil*. Tesis doctoral, Universidad de Granada, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Granada.
- Cantón, D., y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., y Cortés, M.R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 21(1), 66-73.
- Carbone-López, K., Kruttschmitt, C. & Macmillan, R. (2006). Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public Health Reports*, 121(4), 382-392.
- Carrobes, J.A., Remor, E., y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.

- Carmona González, E., Martínez Suárez, G.F., Niño Jiménez, L.A., Rodríguez Barragán, A.J., Sierra Puerto, P.S. y Uribe Valdivieso, C. (2009). *Estilos vinculares y afrontamiento de la pareja en la transición del niño vacío*. Universidad Piloto de Colombia.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283.
- Casado Cañero, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de psicología*, 20.
- Cascardi, M., O'Leary, K.D. & Schlee, K.A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of family violence*, 14 (3), 227-149.
- Cases, J.G., Polo, C., González, F., López, M., Rullas, M y Fernández, A. (2014). Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness. A prevalence study in Spain. *Community ment health J.*, 50, 841-847.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. En Cassidy, J. & Shaver, P.R. (eds.), (2ªEd). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*, (pp. 3-22). New York, The Guildford Press.
- Cassidy, J. & Kobak, R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. En Belsky, J. & Nezworski, T., *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323), New Jersey, Psychology Press.
- Castilla, H., Caycho, T., Shumabukuro, M., Valdivia, A. y Torres-Calderón, M.F. (2014). Análisis exploratorio de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos universitarios de lima metropolitana. *Revista de psicología de Arequipa*, 4(2), 80-93.
- Chan, K.L. (2009). Sexual violence against women and children in Chinese societies. *Trauma, violence and abuse*, 10(1), 69-85.
- Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *The American journal of psychiatry*, 161(2), 195-216.
- Chemtob, C.M. y Carlson, J.G. (2004). Psychological effects of domestic violence on children and their mothers. *International journal of stress management*, 11(3), 209-226.
- Chen, P.H., Rovi, S., Vega, M., Jacobs, A. & Johnson, M.S. (2009). Relation of domestic violence to health status among hispanic women. *Journal of health care for the poor and underserver*, 20, 569-582.

- Coker, A.L., Smith, P.H., Thompson, M.P., McKeow, R.E. & Bethea, L. (2004). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 465-476.
- Collins, N.L. (2008). Adult Attachment Scale Instrument and scoring. *Open Psych Assessment*. Disponible en: www.openpsychassessment.org/standard-measures/general-social-psychology-instruments/nancy-collins-adult-attachment-scale/
- Collins, N.L., y Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644-663.
- Collins, N.L., & Allard, L.M. (2003). Cognitive representations of attachment: the content and function of working models. En Fletcher, G.J.O. & Clark, M.S. (Ed.). *Blackwell handbook of social psychology: interpersonal processes*. Oxford, Blackwell Publishing, pp. 60-85.
- Comijs, H.C., Jonker, C., Van Tilburg, W. & Smith, J.H. (1999). Hostility and coping capacity as risk factors of Elder mistreatment. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*, 34, 48-52.
- Connelly, C.D., Hazen, A.L., Baker-Ericzen, M.J., Landserk, J. & McCue, S. (2013). Is screening for depression in the perinatal period enough? The Co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. *Journal of women health*, 22(10), 844-852.
- Connor, K.M. (2006). Assessment of resiliencia in the aftermath of trauma. *Journal Clinical of Psychiatry*, 67(2), 46-49.
- Consedine, N.S. & Fiori, K.L. (2009). Gender moderates the associations between attachment and discrete emotions in late middle age and later life. *Aging & Mental Health*, 13(6), 847-862.
- Consejo General del Poder Judicial (CGPJ, 2014). *La violencia sobre la mujer en estadística judicial. Datos anuales de 2014*. <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos?filtroAnio=2014>
- Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 169-179.
- Culbertson, F.M. (1997). Depression an gender. An international review. *American Psychologist*, 52, 25-31.
- Cyranowski, J.M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B. & Frank, E. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and responde to interpersonal psychoterapy in women with recurrent major depression. *Journal of social and clinical psychology*, 21(2), 191-217.

- Cyrułnik, B. (2010). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona, Gedisa Editorial.
- Declercq, F. & Willemsen, J. (2006). Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: adult attachment style and the dimension of anxiety and avoidance. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 13, 256-263.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2011). *La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género*. Informe realizado por la Unidad de Psicología Preventiva de la Universidad Complutense de Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Devries, K.M., Mak, J.Y.T, García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J.C et al. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 30(6140), 1527-1528.
- Dorahy, M.J. (2007). Psychological distress associated with domestic violence in northern Ireland. *Current Psychology*, Winter, 25(4), 295-305.
- Douge, N., Lehman, E.B. & McCall-Hosefeld, J.S. (2014). Women: resultados from the 2006 behavioral risk factor surveillance system survey. *Women's health issues*, 24(4), 425-434.
- Dutton, D.G. & Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: effects of severity and intermittency of abuse. *American Orthopsychiatric Association*, 63(4), 614-622.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., y Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 2, 135-150.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Manual de violencia familiar*. Madrid, Siglo XXI Editores.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(1), 7-19.
- Elwood, L.S. & Williams, N.L. (2007). PTSD-related cognitions and romantic attachment style as moderator of psychological symptoms in victims of interpersonal trauma. *Journal of social and clinical psychology*, 26(10), 1189-1209.
- Escribà-Agüir, V., Royo-Marqués, M., Artazcoz, L., Romito, P. y Ruiz-Pérez, I. (2013). Longitudinal study of depression and health status in pregnant women: incidence, course and predictive factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 263, 143-151.
- Escudero, A., Polo, C., López, M., y Aguilar, L. (2005a). La persuasión coercitiva, modelo explicativo de las mujeres en una situación de violencia de género I. Las estrategias de la

- violencia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 95, Julio/Septiembre, 85-117.
- Escudero, A., Polo, C., López, M., y Aguilar, L. (2005b). La persuasión coercitiva, modelo explicativo de las mujeres en una situación de violencia de género II. Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 95, Octubre/diciembre, 59-91.
- Espinosa, J.C. y Contreras, F.V (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Revista Diversitas – Perspectivas en psicología*, 5(1), 87-96.
- Estévez, R.M., Oliva, A. y Parra, A. (2011). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P.R., Pires, A.F., Schraiber, L.B. & Lopes, C.S. (2013). Temporal relationship between Intimate Partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. *Matern Child Health J.*, 17, 1297-1303.
- Fajardo Cuartas, J.F., Fernández Morales, K., Escobar Torres, O.A. (2002). Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. *Revista Psicología Científica.com*, 4(12), disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-107-1-estilo-de-vida-perfil-psicologico-y-demografico-demujeres-m.html>
- Feeney, J.A. & Noller, P. (1990). Attachment style as predictor of adult romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 58(2), 281-291.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer.
- Feeney, J.A., Noller, P. & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En Sperling, M.B & Berman, W.H. (Eds). *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives* (pp-128-152). New York, Guilford Press.
- Feeney, J.A., Passmore, N.L. y Peterson, C.C. (2007). Adoption, attachment and relationship concerns: A study of adult adoptees. *Personal Relationships*, 14, 129-147.
- Feeney, J.A. & Ryan, S.M. (1994). Attachment style and affect regulation: relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology*, 13(4), 334-345.
- Fernández Abascal, E.G (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Fernández Abascal, E.G., Palmero Cantero, F., Chóliz Montañés, M y Martínez Sánchez, F. *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206), Madrid, Psicología Pirámide.
- Fernández Alonso, M.C. (2003). *Violencia doméstica*. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de

Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Madrid.

Fernández Gómez, M.A. y Fernández Montoya, L. (2008). La “pedagogía mediática”, el apego y la resiliencia. *Revista De madre a Madre*, Junio.

Fernández Martínez, M^a. E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis doctoral de la Universidad de León, Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía.

Fernández-Lansac, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y salud*, 22,1,21-40.

Fierro, A. (1993). *Para una ciencia del sujeto: investigación de la persona(lidad)*. Barcelona, Anthropos.

Finchman, D.S., Altes, L.K., Stein, D.J. & Seedat, S. Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation. *Coomprehensive psychiatry*, 2009, 50, 193-199.

Finn, J. (1985). The stresses and coping behaviour of battered women. *Social Casework*, 66(6), 341-349.

Florentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, Marzo, 15 (1), 95-114.

Flanagan, J.C., Jaquier, V., Overstreet, N., Swan, S.C. y Sullivan, T.P. (2014). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse, among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220, 391-396.

Flores Crispín, M.S. (2008). *Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03*. Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Lima.

Friborg, O., Hjmedal, O., Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., Aslaksen, P.M. & Flaten, M.A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*, 61, 213-219.

García Minguito, L. (2010). *Estudio médico-forense de la violencia de género: análisis de la calidad de los partes de lesiones*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, Madrid.

- Garriga, A. y García-Sancho, M. (2010). *Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Región de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo.
- Gazmararian, J.A., Petersen, R., Spitz, A.M., Goodwin, M.M., Saltzman, L.E. & Marks, J.S. (2000). Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Maternal and child health journal*, 4(2), 79-84.
- Gleason, W.J. (1993). Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence and victims*, 8(1), 53.
- Golding, J.M (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of family violence*, 14(2), 99-130.
- Gómez, E. (2003). Reseña de “Violencia intrafamiliar. Causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales” de Jesús Alfredo Whaley Sánchez. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 10(32), 377-385.
- González Morales, M.G. (2006). *Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género*. Tesis doctoral de la Universitat de València, Facultat de Psicologia.
- González, M.C. y Artuch, R. (2014). Perfiles de resiliencia y estrategias de afrontamiento en la universidad: variables contextuales y demográficas. *Electronic journal of research in educational Psychology*, 12(3), 621-648.
- González, M.T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de psicopatología clínica*, 12(2), 189-198.
- González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M.M. y Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González, R., Montoya, I, Casullo, M., y Bernabéu, J. Relación ente estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 2002, 14(2), 363-368.
- Greco, C., Morelato, G., e Ison, M.(2006). Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Psicodebate*, 7, 81-94.
- Griffin, D. y Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Guerra, C. (2013). Análisis psicométrico preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos. *Summa Psicológica*, 10(2), 41-48.
- Halama, P. & Bakosova, K. (2009). Meaning in life as a moderator of the relationship between perceived stress and coping. *Studia Psychologica*, 51, 143-148.

- Harwell, T.S. & Spence, M.R. (2000). Population Surveillance for physical violence among adult men and women, Montana 1998. *American journal of preventive medicine*, 19(4), 321-324.
- Hazan, C. y Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hamberger, L.K., Saunders, D.G., & Hovey, M. (1992). Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family Medicine*, 24(4), 283-287.
- Heilemann, M., Lee, K., Kury, F. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 11(1), 61-72.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). La violencia en la pareja. En Krug, E.G., Dahlberg, L.L., y Mercy, J.A. (Eds.). *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 95-131). Geneva: World Health Organization.
- Henderson, A.J.Z., Bartholomew, K & Dutton, D.G. (1997). He loves me; he loves me not: attachment and separation resolution of abused women. *Journal of family violence*, 12(2), 169-191.
- Hendrick, S.S., Hendrick, C. & Adler, N.L. (1989). Romantic relationships: love, satisfaction and staying together. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 980-988.
- Hernández Sánchez, M.L. y Sánchez Agudelo, F.J. La dimensión afectiva como base del desarrollo humano. Una reflexión teórica para la intervención en trabajo social. *Rev. Eleuthera*, Enero 2008, 2, 53-72.
- Hirigoyen, M.F. (2006). El dominio, en *Las mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en Pareja*. Barcelona. Ed. Paidós Contextos.
- Hotaling, G.T. & Sugarman, D.B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence and victims*, 1(2), 101-124.
- Hotaling, G.T. & Sugarman, D.B. (1990). A risk marker analysis of assaulted wives. *Journal of family violence*, 5(1), 1-13.
- Howard, L.M., Trevillon, K. & Agnew-Davies, R. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, October, 22(5), 525-534.
- Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 137-152.
- Humphreys, C. & Thiara, R. (2003). Mental health and domestic violence: 'I call it symptoms of abuse'. *British journal of social work*, 33, 209-226.

- I.N.E. (2013). *Estadística de violencia doméstica y violencia de género*. Año 2011. Notas de prensa, Instituto Nacional de Estadística.
- Informe Del Defensor Del Pueblo (1998). *La violencia doméstica contra las mujeres*. Oficina del Defensor del Pueblo. Madrid
- Instituto de la mujer (2000, 2002 y 2006). *Macroencuesta Violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jackson, N.A. (1996). Observational experiences of intrapersonal conflict and teenage victimization: a comparative study among spouses and cohabitators. *Journal of family violence*, 3, pp. 191-203.
- Jaramillo-Vélez, D.E., Ospina-Muñoz, D.E., y Cabarcas-Iglesias, G. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública*, 7(3), 281-292.
- Jaramillo, D.E., Uribe, T.L., Ospina, D.E. y Carabacas, G.C. (2006). Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003. *Colombia médica*, 37(2), 133-141.
- Jewkes R., Sen P., & García-Moreno C. (2002). La violencia sexual. En: Krug E.G. et al (Eds). *Informe mundial sobre la violencia y salud*, 159-198. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Juárez, F. (2011). Características socioeconómicas y salud en personas pobres y desplazadas. *Psicología: teoría y pesquisa*. 27(4), 511-519.
- Kalmus, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of marriage and family*, 46(1), 11-19.
- Kaufman Kantor, G.K., Straus, M.A. (1989). Substante abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 15(2). 173-189.
- Kernic, M.A., Wolf, M.E. & Holst, V.L. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 90(9), 1416-1420.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R. Psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Malarkey, W.B., Chee, M., Newton, T., Cacioppo, J.T., Mao, H.Y. & Glaser, R. (1993). Negative behaviour during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 395-409.
- Kim-Godwin, Y.S., Maume, M.O. & Fox, J.A. (2014). Depression, stress, and intimate partner violence among Latino migrant and seasonal farmworkers in rural southeastern North Carolina. *J. Immigrant Minority Health*, 16, 1217-1224.

- Klopper, J.J., Schweinle, W., Ractilffe, K.C. & Elhai, J.D. (2014). Predictors of mental healthcare use among domestic violence survivors in shelters. *Psychological Services*, 11(2), 134-140.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I., Fontecilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud.
- Kouros, C.D., Morris, M.C. & Garber, J. (2015). Within-person changes in individual symptoms of depression predict subsequent depressive episodes in adolescents: a prospective study. *Journal of abnormal child psychology*, June 2015.
- Koback, R.R. y Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and social Psychology*, 60, 861-869.
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A. & Dutton, M.A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneve: World Health Organization.
- Labra Valverde, P. (2014). *La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena*. Tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Lafuente Benaches, M.J. y Cantero López, M.J. (2010). *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- La Flair, L.N., Bradshaw, C.P., Mendelson, T. & Campbell, J. (2015). Intimate partner violence and risk of psychiatric symptoms: the moderating role of attachment. *J. Fam.*, 30, 567-577.
- Laghi, F., D'Alessio, M., Pallini, S. & Baiocco (2009). Attachment representations and time perspective in adolescence. *Social indicators research*, 90(2), 181-194.
- Lam, N., Contreras, H., Cuesta, F., Mori, E., Cordori, J., y Carrillo, N. (2008). Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Rev. Peru. Epidemiol.*, 12 (3), 1-8.
- Larrión, J.L. y De Paúl, J. (2000). *Mujer, violencia y salud*. Medicina clínica, 115, 620-624.
- Lasheras, M.L., y Pires, M. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas*. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing Company.
- Leiva-Bianchi, M., Baher, G., Poblete, C. (2012). The effects os stress coping strategies in post-traumatic stress symptoms among earthquake survivors. An Explanatory model of post-traumatic stress. *Terapia psicológica*, 30 (2), 51-59.
- Lerner, C.F. & Kennedy, L.T. (2000). Stay-leave decisión making in battered women: trauma, coping and self efficacy. *Cognitive therapy and research*, 24(2), 215-232.
- Lilly, M.M., Graham-Bermann, S.A. (2010) Intimate partner violence and PTSD. The moderating role of emotion-focused coping. *Violence and victims*, 25(5), 604-616.
- Lynch, K.R. & Logan, T.K. (2015). Risk factor in arrest of rural and urban female victims of intimate partner violence. *Violence and victims*, 30(3), 488-501.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of traumatic stress*, 17 (1), 11-21.
- Logan, T.K., Walker, R., Cole, J., Ratliff, S. & Leukefeld, C. (2003). Qualitative differences among rural and urban intimate violence victimization experiences and consequences: a pilot study. *Journal of family violence*, 18(2), 83-92.
- Logan, T.K., Walker, R., Hoyt, W. & Faragher, T. (2009). *The Kentucky civil protective order study: a rural and urban multiple perspective study of protective order violation consequences, responses, & costs*. Lexington, University of Kentucky.
- López, F. (2006). Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y aprendizaje: journal for the study of education and development*, 29(1), 9-23.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona, Ares y Mares.
- Loubat, M., Ponce, P., y Salas, P. (2007). Estilo de apego en mujeres y su relación con el fenómeno del maltrato conyugal. *Terapia Psicológica*, 25(2), 113-122.
- Lucariello, E. (2012). *Los tipos de amor y las dimensiones de apego en las mujeres víctimas del maltrato*. Tesis doctoral, Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Antropología, Badajoz.
- Main, M., & Weston, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. En Parkes, C. & Stevenson-Hinde, J. (Eds.). *The place of attachment in human behavior* (pp. 31–59). New York: Basic Books.
- Martín, G. (2012). Lenguaje coeducativo para la igualdad de derechos y oportunidades entre las personas. “Sin ningún género de dudas”. En López-Barajas, E., Brejarano, M., y Salido,

- J.V. *Mujeres y educación social: teoría y praxis para la intervención socio-educativa* (p. 112). Madrid, Universidad de Educación a Distancia.
- Martin, E.K., Taft, C.T., & Resick, P.A. (2007). A review of marital rape. *Agression and violent behaviour*, 12, 329-347.
- Mann, J.R., McKeown, R.E., Bacon, J., Vesselinov, R. & Bush, F. (2008). Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in southern U.S. women. *Archives of women's mental health*, 11, 19-26.
- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. (2ª Ed.). Madrid. Psimática.
- Martín-Baena, D, Montero-Piñar, I., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C. (2015). Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. *Family Practice*, 32(4), 381-386.
- Martínez, C., y Santelices, M.P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psyke*, 14(1), 181-191.
- Martínez, M. & Schröttle, M. (2006). *State of european research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights*. European Commission.
- Matud Aznar, M.P. (2004). El impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 26(3), 397-401.
- Matud, M.P. (2005). The psychological impact of domestic violence on spanish women. *Journal of applied social psychology*, 35(11), 2310-2322.
- Matud, M.P., Aguilera, L., Marrero, R.J., Moraza, O., Carballeira, M. (2002). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(3), 439-459.
- Maunder, R.G. & Hunter, J.J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine*, 63, 556-567.
- Mayordomo, T. (2013). Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital. Tesis doctoral de la Facultad de Psicología de la Universitat de València.
- Melero Cavero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la relación*. Tesis doctoral, Universitat de València, Departament de psicología evolutiva i de la educació, Valencia.
- Mercado-Corona, D., Somarriba-Rocha, L.A., Cuevas-Renaud, C.M., Astudillo-García, C.I. y Sánchez-Estrada, M. (2012). *Permanencia femenina en la situación de violencia de pareja: fortalezas y factores de riesgo*. *Revista latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(1), 21-32.

- Mertin, P. & Mohr, P.B. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of family violence*, 15(4), 411-422.
- Mickelson, K.D., Kessel, R.C. & Shaver, P.R. (1997). Attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: an exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1209-1224.
- Mikulincer, M., Florian, V. & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the gulf war in Israel. *Journal of Personality and social psychology*, 64(5), 817-826.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), June, 77-102.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change*. New York, The Guilford Press.
- Miller, B.A., Downs, W.R., Gondoli, D.M. (1989). Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *Journal of studies on alcohol*, 50, 533-540.
- Mitchel, M.D., Hargrove, G.L., Collins, M.P., Thompson, M.P., Reddick, T.L. & Kaslow, N.J. (2006) Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income, african american women. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1503-1520.
- Mitchell, R.E. y Hodson, C.A. (1983). Coping with domestic violence: social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 11, nº 6., 629-654.
- Mitchell, R. E. & Hodson, C. A. (1986). Coping and social support among battered women: An ecological perspective. In S. E. Hobfoll (Ed.), *Stress, social support and women* (pp. 153-169). Washington, DC: Hemisphere.
- Montañés, P. y Moyano, M. (2006). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento psicológico*, 2(6), 21-32
- Montañez Alvarado, P. (2013). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en Ciudad Juárez*. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Psicologia, Departament de Psicologia Clínica y de la Salut, Bellaterra.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y salud*, 12(1), 371-397.

- Moreno García, R. (2009). *Estilos de apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Madrid.
- Morris, D. (1982). Attachment and Intimacy. In Fisher, M y Stricker, G. (Eds.) *Intimacy*. New York, Plenum Press, pp. 305-323.
- Moos, R.H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Evaluación psicológica*, 4(2), 133-158.
- Moos, R.H. & Holahan, C.J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology*, 59(12), 1387-1403.
- Morales, F.M. y Trianes, M. V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European journal of education and psychology*, 3(2), 275-286.
- Muller, R.T. & Lemieux, K.E. (2000). Social support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child abuse & neglect*, 7, 883-900.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2007). Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Archives of psychiatric nursing*, 21(3), 150-161.
- Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Artículo 1.* (p. 2).
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Perú.
- Ochaita, E. y Espinosa, M.A. (2004). *Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes. Necesidades y derechos en el marco de la Convención de Naciones Unidas sobre derechos del niño*. Madrid, Mc Graw Hill.
- Oliva Delgado, A., (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del Adolescente*, 2004, 4 (1), 65-81.
- OMS (1996). *Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 9.25. Prevención de la violencia.: una prioridad en salud Pública*, Ginebra.
- OMS (1998). *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. Washington. OMS/OPS.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. OMS/OPS, Washington, D.C.

- OMS (2010). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud y escuela de higiene y medicina tropical de Londres. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud
- OMS (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud, Departament de Salut Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra.
- Ortiz, M.J & Yáñez, S. (1993). *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Bilbao, Universidad del País Vasco.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., y Casullo, M.M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 319-341.
- Parrigon, K.S., Kerns, K.A., Abtahi, M.M., & Koehn, A. (2015). Attachment and emotion in the middle childhood and adolescence. *Psychological topics*, 24 (1), 27-50.
- Paz Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de psicología, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos I, Madrid.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona, Ariel Psicología.
- Pérez, Y.B. y Medina, W.R. (2011). Resiliencia y afrontamiento: una visión desde la psicooncología. *Interpsiquis*, 12º Congreso virtual de Psiquiatría.
- Pianta, R.C., Egeland, B. & Adam, E.K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 273-281.
- Pico-Alfonso, M., García-linares, M.I., Cerda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E, y Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety and suicide. *Journal of women's health*, 15(5), 599-611.
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina clínica*, 122(12), 461-467.
- Popa, A.E. (2013). *Validation of the personal feelings questionnaire 2 in a spanish sample*. TFM(no publicado), Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Potter, D.A. (2011). *The role of attachment in the relation of trauma to posttraumatic stress and borderline personality disorder*. Tesis doctoral, Carleton University, Ottawa, Ontario.

- Preciado-Gavidia, P.M., Torres Cendales, N.E. ,y Rey Anaconda, C.A. (2010). Mujeres que finalizaron una relación maltratante: características de personalidad, psicopatológicas y sociodemográficas. *Universitas Psychologica*, 11(1), 43-54.
- Prieto Medina, M.C. (2014). Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Revista Enfermería Castilla y León*, 6(2), 93-97.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B & Lancee, W. (2009). Adult attachment measures: a 25-year review. *Journal of psychosomatic research*, 69, 419-432.
- Reviere, S., Farber, E., Twomey, H., Okun, A., Jackson ,E., Zanville, H. & Kaslow, N. (2007). Intimate partner violence and suicidality in low-income African American women: a multimethod assessment of coping factors. *Violence against women*, 13(11), 1113-1129.
- Rey Anaconda, C.A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en psicología latinoamericana*, 26(2), 227-241.
- Reyes, V. y Reidl, L.M. (2015). Apego, miedo, estrategias de afrontamiento y relaciones familiares en niños. *Psicología y salud*, 25(1), 91-101, enero-junio 2015.
- Rhodes, K.V., Lauderdale, D.S., He, T., Howes, D.S. & Levinson, W. (2002). Between me and the computer: increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Annals of emergency medicine*, 40(5), 476-484.
- Rich, C.L, Gidycz, C.A., Warkentin, J.B, Loh, C., & Weiland, P. (2005). Child and adolescent abuse and subsequent victimation: a prospective study. *Child abuse & neglect*, 29, 1373-1394.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W.S., Moorey, S. & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 239 (2), 274-277.
- Riggs, D.S, Caulfield, M.B. & Street, M.E. (2000). Risk of domestic violence: factor associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*, 56(10), 1289-1316.
- Rincón González, P.P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Departament de Personalidad, Evaluación y tratamientos psicológicos I, Madrid.
- Rivas-Diez- R. y Sánchez-López, M.P. (2012). Impacto psicológico y repercusiones en la salud del maltrato a la mujer por parte de su pareja. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, Diciembre, 823-826.

- Rivera-Rivera, L., Allen, M., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. & Lazcano-Ponce, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48, 288-296.
- Robertiello, G. (2006). Common mental health correlates of domestic violence. *Brief treatment and crisis intervention*, 6(2), 111-121.
- Robles, J.L. y Medina, J.L. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L.M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia version argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.
- Romans, S., Forte, T., Du Mont, J. & Hyman, I. (2007). Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22:1495–1514.
- Rua Vara, M.C. y Andreu Rodríguez, J.M. (2011). Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 11, 51-65.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González Barranco, J.M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, M.I., y el Grupo de Estudios para la Violencia de Género (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta sanitaria*, 20(3), 202-208.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A., De Santiago-Hernando, M.L., Herranz-Torrubiano, A., Garralón-Ruiz L.M., and the Gender Violence Study Group (2006). Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in spanish women. *Ann Epidemiol*, 16, 357-363.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, 24, 335-344.
- Sabina, Ch. (2008). Abuse characteristics and coping resources as predictors of problem-focused coping strategies among battered women. *Violence against women*, 14 (4), 437-456.
- Sánchez Lorente, S. (2009). *Estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y el sistema inmune de las mujeres*. Tesis doctoral, Departament de Psicobiologia, Universitat de València.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 8(1), 39-54.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A., y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466
- Scott, S., & Babcock, J.C. (2010). Attachment as a moderator between intimate partner violence and PTSD symptoms. *Journal of Family Violence*, 25, 1-9.
- Serrano, C. (2012). *Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres*. Tesis doctoral, Universidad de Deusto, Facultad de Psicología y Educación, Departamento de Psicología, Bilbao.
- Shannon, L., Cole, J., Medley, K. (2006) Help-seeking and coping strategies for intimate partner violence in rural and urban women. *Violence and victims*, 21(2), 167-181.
- Shaver, P., Hazan, C. & Bradshaw, S. (1988). Love as attachment. En Stenberg, R.J. & Barnes, M.L. (Eds), *The psychology of love* (pp. 68-99). New York, Yale University.
- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*, 4(2), 133-161.
- Shurman, L.A. & Rodríguez, C.M. (2006). Cognitive-affective predictors of women's readiness to end domestic violence relationships. *Journal of interpersonal violence*, 21(11), 1417-1439.
- Sibley, C.G. & Overall, N.C. (2010). Modeling the hierarchical structure of personality-attachment associations: domain diffusion versus domain differentiation. *Journal of social and personal relationships*, 27(1), 47-70.
- Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F.W. & Smith, L.M. (2007). Factor associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 1149-1152.
- Simpson, J.A. (1990). The influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 59, 971-980.
- Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (1994). Stress and secure base relationships in adulthood. En Bartholomew, K. & Perlman, D. (Eds.), *Advances in personal relationships*, 5, 181-204.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S. & Nelligan, J.S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: the role of attachment styles. *Journal of personality and social psychology*, 62, 434-446.
- Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (2012). Adult Attachment Orientations, Stress, and Romantic Relationships. En Devine, P. & Plant, A. (Eds). *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 45 (pp-279-328), Burlington: Academic Press.
- Söchting, I., Fairbrother, N. & Koch, W.J. (2004). Sexual Assault of women. *Violence against women*, 10(1), 73-93.

- Sojo, V. y Guarino, L. (2011). Mediated moderation or moderated mediation: relationship between length of unemployment, resilience, coping and health. *The Spanish journal of psychology*, 14(1), 272-281.
- Solomon, Z., Dekel, R. & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 38, 1427-1434.
- Stein, M.B. & Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of affective disorders*, 66, 133-138.
- Spargue, S., Goslings, J.C., Hogentoren, C., Milliano, S., Simunovic, N., Madden, K, y Bhandadri, M. (2014). Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings. *Violence against women*, 28, 118-136.
- Sperling, M.B. & Berman, W.H. (1991). An attachment classification of desperate love. *Journal of personality assessment*, 56(1), 45-55.
- Stark, E. & Flitcraft, A.H. (1991). Spouse abuse, En Rosenberg, M.L. & Fenley, M.A., *Violence in America: a public Health approach*. New York, Oxford University press.
- Tacón, A. M., & Caldera, Y. M. (2001). Attachment and parental correlates in late adolescent mexican american women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 23(1), 71-87.
- Timm, T.M.& Keiley, M.G (2011). The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis. *Journal of sex & marital therapy*, 37, 206-223.
- Umubyeyi, A., Mogren, O., Ntaganira, J. & Krantz, G. (2014). Intimate partner violence and its contribution to mental disorders in men and women in the post genocide Rwanda: findings from a population bases study. *BMC Psychiatry*, 14, 1-12.
- Uriarte Arciniega, J. de D. (2005) La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de psicodidáctica*, 19, 61-80.
- Valentine, L. & Feinauer, L.L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *The American journal of family therapy*, 21(3), 216-224.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer.
- Vest, J.R., Catlin, T.K., Chen, J.J., Browson, R.C. (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American journal of preventive medicine*, 22(3), 156-164.

- Villafañe, A., Milanesio, M.S., Marcellino, C.M. y Amodei, C. (2003). La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Evaluar*, 3 (julio), 80-93.
- Villavicencio Carrillo, P., Sebastián Herranz, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7(3), 431-458
- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M.I., Torrubiano-Domínguez, J. (2010). Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: A cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 51, 85-87.
- Vung, N.D. & Krantz, G. (2009). Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: a population-based study from northern Vietnam. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 708–714.
- Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-178.
- Waldrop, A.E. & Resick, P.A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of family violence*, 19(5), 291-302.
- Walker, L. (1979). *The battered Woman*. New York, Harper & Row.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21-29.
- Walker, L. (2000). *The Battered woman syndrome* (2ªEd). New York, Springer Publishing Company (pp. 126-127)
- Walker, L. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Biblioteca de psicología Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child development*, 71(3), 684-689.
- Waters, E., Weinfield, N.S. & Hamilton, C.E. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general discussion. *Child development*, 71(3), 703-706.
- WHO (1996). *Prevention of violence: a public health priority*, WHA.49.25
- WHO (2001). *The world health report*. Geneva, World Health Organization.

- WHO (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, World Health Organization
- Wong, J. & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risks factors and responses. *Contemporary Nurse*, 46(2), 170-179.
- Woods, S.J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in mental health nursing*, 21, 309-324.
- Yáñez-Yaben, S. (2008). *La teoría del apego en la clínica, I. Evaluación y Clínica*. Madrid, Psimática.
- Yáñez-Yaben, S., y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, julio, 8(2), 67-85.
- Yoon, J.H., Lee, J.H., Lee, C.Y., Cho, M. & Lee, S.M. (2014). Suppressor effects of coping strategies on resilience. *Asia Pacific Educ. Rev.*, 15, 537-545.
- Yoshihama. M. (2002) Battered women's coping strategies and psychological distress: differences by immigration status. *American Journal of Community Psychology*, Jun, 30(3), 429-452.
- Yoshihama, M. & Horrocks, J. (2002). Posttraumatic stress symptoms and victimization among japanese american women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 205-215.
- Zahradnik, M., Stewart, S.H., O'Connor, R.M., Stevens, D., Ungar, M., & Wekerle, C. (2010) Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic reexperiencing in Mi'kmaq youth. *International Journal of Health Adicction*, 8, 408-420.
- Zhang, Z., Infante, A., Meit, M., English, N. (2008). *An analysis of mental health and substance abuse disparities & Access to treatment services in the appalachian region*. Washington, East Tennessee State University.
- Zhang, F. & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment & human development*, 6(4), 419-437.
- Zorrilla, B., Rodríguez, J., Zuza, I., Sonogo, M., Pires, M., Gandarillas, A., Lasheras, L., Rivas, G., Lourido, P., Romero, I., Polo, C., Anes, A. y Ordobás, M. (2011). *Violencia de pareja hacia las mujeres: prevalencia, impacto en salud y utilización de los servicios de apoyo en la Comunidad de Madrid, 2009*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Documento Técnicos de Salud Pública nº X012, Madrid.

CAPÍTULO 8: ANEXOS:

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUESTIONARIOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN

- CONSENTIMIENTO INFORMADO
- CUESTIONARIO PARA TERAPEUTAS (CT)
- CUESTIONARIO DE DATOS BÁSICOS (CDB)
- CUESTIONARIO DE RELACIÓN (CR)
- CUESTIONARIO SOBRE DEPENDENCIA EMOCIONAL (AAS)
- ESCALA DE RESILIENCIA (RS)
- CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)
- CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS-45 (SA-45)
- ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)
- CUESTIONARIO DE SENTIMIENTOS PERSONALES-2 (PFQ-2)
- CUESTIONARIO DE AJUSTE PERSONAL (MARA-R)

CONSENTIMIENTO INFORMADO



A continuación encontrarás una serie de cuestionarios diseñados para el estudio de algunas características psicológicas enmarcadas en un proyecto de investigación realizado en la Universidad Complutense de Madrid.

Los datos obtenidos se van a utilizar únicamente con fines de investigación científica, quedando garantizada la absoluta confidencialidad y el anonimato de los mismos.

Es necesario que firmes como muestra de tu consentimiento para el uso de dichos datos, que se utilizarán exclusivamente para fines de esta investigación.

Firma:

Muchas gracias por tu colaboración

CUESTIONARIO PARA TERAPEUTAS:

Señala con una "X" las características el tipo de violencia de género sufrida dentro de la relación de pareja:

	No presente	Presente. Gravedad leve	Presente. Gravedad moderada	Presente. Gravedad alta.
– Violencia Física	0	1	2	3
– Violencia Psicológica	0	1	2	3
– Violencia sexual.	0	1	2	3

	SI	NO
1. En la actualidad, ¿continúa la relación de pareja violenta?	SI	NO
2. ¿Han existido o existen intentos previos de ruptura de la pareja por parte de la mujer?	SI	NO
3. ¿La mujer ha presentado denuncias por violencia de género?	SI	NO
4. ¿Se ha solicitado orden de protección?	SI	NO
5. ¿Se ha obtenido la orden de protección?	SI	NO
6. ¿Existe conciencia del maltrato (de estar o haber estado en una relación violenta) por parte de la mujer?	SI	NO
7. En la biografía de la mujer, ¿ha existido más de una pareja que haya ejercido malos tratos sobre ella?	SI	NO
8. ¿La mujer ha sido víctima de malos tratos familiares en su infancia?	SI	NO
9. ¿Existe o ha existido violencia de género dentro de la pareja, en la relación de los padres de la mujer?	SI	NO
10. ¿Ha estado ingresada en algún centro de emergencias o de acogida?	SI	NO
11. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida corriera peligro?	SI	NO
12. ¿En alguna ocasión ha sentido que sus hijos/as, en caso de tenerlos, corrieran peligro?	SI	NO
13. ¿Conoce alguien de su entorno o confianza su situación?	SI	NO
14. ¿La pareja agresora tiene permiso de armas?	SI	NO
15. ¿La pareja agresora tiene problemas psiquiátricos?	SI	NO
16. ¿La pareja agresora tiene problemas con consumo de sustancias (ej.: alcohol, drogas ilegales)?	SI	NO

Clase social subjetiva				
Baja <input type="checkbox"/>	Medio-baja <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Media-alta <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>

Duración total de la relación de pareja violenta (contando desde el inicio, existiera o no violencia)			
Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	1-3 años <input type="checkbox"/>	3-10 años <input type="checkbox"/>	Más de 10 años <input type="checkbox"/>
Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia			
Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	1-3 años <input type="checkbox"/>	3-10 años <input type="checkbox"/>	Más de 10 años <input type="checkbox"/>

Frecuencias de las agresiones físicas						
Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Diaria <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	No presente <input type="checkbox"/>
Frecuencias de las agresiones psicológicas						
Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Diaria <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	No presente <input type="checkbox"/>
Frecuencias de las agresiones sexuales						
Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Diaria <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	No presente <input type="checkbox"/>

CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN:

A continuación encontrarás una serie de cuestionarios diseñados para el estudio de algunas características psicológicas. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, se requiere únicamente que respondas lo más sinceramente posible de acuerdo a tus opiniones. Es importante que respondas a todas las preguntas. Gracias por tu colaboración.

DATOS BÁSICOS:

Edad: _____ años

Estado civil actual:	
<input type="checkbox"/> Sin pareja (soltera)	<input type="checkbox"/> Separada
<input type="checkbox"/> Con pareja (soltera) y sin convivencia	<input type="checkbox"/> Divorciada
<input type="checkbox"/> Con pareja (soltera) y con convivencia	<input type="checkbox"/> En trámites legales para separación / divorcio
<input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Viuda
<input type="checkbox"/> Casada	

Entorno sociocultural de origen:	
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Europa del Este
<input type="checkbox"/> Latinoamericano	<input type="checkbox"/> Europeo (Excluyendo España y países de Europa del Este)
<input type="checkbox"/> Musulmán	<input type="checkbox"/> Otros _____

Formación:	
<input type="checkbox"/> Sin graduado escolar	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Con graduado escolar	<input type="checkbox"/> Diplomatura
<input type="checkbox"/> Estudios formativos de grado medio (ESO, BUP, FP-I)	<input type="checkbox"/> Estudios formativos de grado superior (COU, Bachillerato, PF-II)

Trabajo:	
<input type="checkbox"/> Sí (con contrato)	<input type="checkbox"/> No (cobrando paro o prestación sustitutiva)
<input type="checkbox"/> Sí (sin contrato)	<input type="checkbox"/> No (sin cobrar paro o prestación sustitutiva)
<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Hijos/as:	
<input type="checkbox"/> Sí (nº hijos _____ ; nº hijas _____)	<input type="checkbox"/> No

Nº de habitantes del municipio de residencia:	
<input type="checkbox"/> Menos de 500	<input type="checkbox"/> Entre 10.000 y 50.000
<input type="checkbox"/> Entre 500 y 3.000	<input type="checkbox"/> Más de 50.000
<input type="checkbox"/> entre 3.000 y 10.000	<input type="checkbox"/> Más de 1.000.000

CUESTIONARIO DE RELACIÓN (CR)
(Bartholomew y Horowitz, 1991; adaptación al castellano de Alonso Arbiol, 2000)

Seguidamente aparecen cuatro párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. En esta ocasión deberá **rodear con un círculo el número que refleje su grado de acuerdo con la idea que se expresa en cada párrafo según la siguiente escala:**

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni desacuerdo / ni acuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo/a tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar solo/a o de que los demás no me acepten, no me trastorna.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos/as.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Rodea con un círculo el párrafo que se adecue a su forma de relacionarse afectivamente de entre los cuatro mostrados en esta página:

1	2	3	4
---	---	---	---

CUESTIONARIO SOBRE DEPENDENCIA GENERAL (AAS)
(Collins y Read, 1990; adaptado por Tacón y Caldera, 2001)

Por favor, lea cada oración y seleccione la opción de la izquierda que mejor describa el cómo usted caracteriza sus sentimientos:

No característico	Poco característico	Neutral	Algo característico	Muy característico
1	2	3	4	5

1. Es difícil para mí depender de otras personas	1	2	3	4	5
2. La gente nunca está ahí cuando la necesitas	1	2	3	4	5
3. Me siento bien al depender de otros	1	2	3	4	5
4. Sé que otras personas estarán ahí cuando las necesite	1	2	3	4	5
5. Me es difícil confiar completamente en otras personas	1	2	3	4	5
6. No estoy muy seguro de siempre contar con los demás cuando los necesite	1	2	3	4	5
7. No me preocupa que mi pareja no me ame en realidad	1	2	3	4	5
8. Muy a menudo me preocupo de que mi pareja no me ame en realidad	1	2	3	4	5
9. A veces parece que a otras personas no les agrada acercarse tanto como me gustaría acercarme a mí	1	2	3	4	5
10. A menudo me preocupo por saber si mi pareja querrá permanecer conmigo	1	2	3	4	5
11. Me gustaría involucrarme completamente con alguien	1	2	3	4	5
12. Mi deseo de involucrarme completamente con la gente a veces la aleja de mí	1	2	3	4	5
13. Me es relativamente fácil acercarme a otros	1	2	3	4	5
14. Generalmente no me preocupa que alguien se me acerque demasiado	1	2	3	4	5
15. De una u otra manera me incomoda estar cerca de los demás	1	2	3	4	5
16. Me siento nervioso cuando cualquier persona se acerca demasiado	1	2	3	4	5
17. Me siento cómodo al tener a otros dependiendo de mí	1	2	3	4	5
18. Con frecuencia, mis parejas me piden intimar más de lo que me hace sentir cómodo/a	1	2	3	4	5

ESCALA DE RESILIENCIA (RS)
(Wagnild y Young , 1993; adaptación al castellano de Novella, 2002)

Por favor, lea cada oración **y seleccione la opción de la izquierda que encaje mejor con usted**, en función de si está más o menos acuerdo o en desacuerdo con cada frase.

	En desacuerdo				De acuerdo			
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7	
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7	
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7	
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7	
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en la vida	1	2	3	4	5	6	7	
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	
8. Soy amigo de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7	
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7	
10. Soy decidida	1	2	3	4	5	6	7	
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7	
12. Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7	
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7	
14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7	
15. Me mantengo interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7	
16. Por lo general, encuentro algo de qué reírme	1	2	3	4	5	6	7	
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7	
18. En una emergencia soy una persona en la que se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7	
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7	
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	1	2	3	4	5	6	7	
21. Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7	
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7	
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7	
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7	
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	1	2	3	4	5	6	7	

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

(Sandín, y Chorot, 2003; validación en muestra mexicana de González, y Landero, 2007)

En las siguientes oraciones se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

	NUNCA	POCAS VECES	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
4. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
5. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
6. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
8. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
10. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
11. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
12. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
13. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
15. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
16. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4

17. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
18. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS - 45 (SA-45)

(Davidson, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish, y Kane, 1997; validación española realizada por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008)

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas o molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy), rodeando con un círculo el número que corresponda.**

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

Nada en absoluto	Un poco presente	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente
0	1	2	3	4

	0. NADA EN ABSOLUTO	1. UN POCO PRESENTE	2. MODERADAMENTE	3. BASTANTE	4. MUCHO O EXTREMADAMENTE
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4

16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)
(Davidson, 1996; traducida al castellano por Bobes, Bascarán, González, Bousoño, Calcedo, Hormaechea, y Wallace, 1999).

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado durante **la última semana**. Para cada pregunta tenga en cuenta cuántas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuánta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

	Frecuencia	Gravedad
1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.
10. Me he sentido distante o alejado de la gente.
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.
15. He tenido dificultades para concentrarme.
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia".
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente.

CUESTIONARIO DE AJUSTE PERSONAL (MARA)
(Serrano, 2012; revisión de Cobos y Martínez Arias, 2015)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre: conductas, opiniones, sentimientos.
Señala con una X el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.

	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
	NUNCA	POCAS VECES	FRECUENTEMENTE	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Cuando en tu familia existían discrepancias se utilizaba el diálogo	1	2	3	4	5	6
2. Tu padre valoraba positivamente a tu madre	1	2	3	4	5	6
3. Te sientes equilibrada emocionalmente	1	2	3	4	5	6
4. Cuando te encuentras con problemas sientes a tu compañero/a como un apoyo	1	2	3	4	5	6
5. Sueles mantenerte firme a pesar de que la confrontación sea fuerte	1	2	3	4	5	6
6. Tu pareja se parece al ideal que te habías imaginado	1	2	3	4	5	6
7. Tu padre interpretaba adecuadamente tus conductas e intenciones	1	2	3	4	5	6
8. Cuando te encuentras atrapada en un conflicto te esfuerzas en buscar soluciones	1	2	3	4	5	6
9. Piensas que tu padre se sentía orgulloso de ti	1	2	3	4	5	6
10. El clima familiar era tranquilo y afable	1	2	3	4	5	6
11. Cuando te estresas te tomas un tiempo para pensar y buscar soluciones	1	2	3	4	5	6
12. Tu compañero/a es tranquilo/a y no se altera fácilmente	1	2	3	4	5	6
13. Tu compañero/a te anima a que te tomes un tiempo para ti	1	2	3	4	5	6
14. Te defines como una persona eficaz en el trabajo	1	2	3	4	5	6
15. Habitualmente sabes lo que quieres	1	2	3	4	5	6
16. Cuando eras niña, tu padre escuchaba a los demás y tenía en cuenta sus opiniones	1	2	3	4	5	6
17. Puedes decir que No cuando lo que te piden es excesivo	1	2	3	4	5	6
18. Tu madre te transmitía la idea de que ser mujer era positivo	1	2	3	4	5	6
19. Te sientes satisfecha con tu comportamiento social	1	2	3	4	5	6
20. La forma en la que tu pareja te trata te parece justa	1	2	3	4	5	6

21. En tu familia había normas justas explícitas que regulaban la convivencia.	1	2	3	4	5	6
22. Confías en poder llevar a cabo lo que te propongas	1	2	3	4	5	6
23. Te sentías entendida por tu madre	1	2	3	4	5	6
24. Expresas tus diferencias de opinión	1	2	3	4	5	6
25. Sentías que tu madre estaba satisfecha contigo	1	2	3	4	5	6
26. Tu compañero/a te da cariño cuando no te encuentras bien	1	2	3	4	5	6
27. Sentías a tu madre como una persona equilibrada emocionalmente	1	2	3	4	5	6
28. Te sientes relajada y tranquila cuando estas con tu compañero	1	2	3	4	5	6
29. Te sientes valorada por tu compañero/a	1	2	3	4	5	6
30. Cuando eras niña te sentías satisfecha de cómo eras	1	2	3	4	5	6
31. Confías en ser entendida por tu compañero						
32. Cuando te tratan injustamente te defiendes sin hostilidad	1	2	3	4	5	6
33. Te sentías tranquila cuando exponías tus ideas en tu familia	1	2	3	4	5	6
34. Comprendes la forma de actuar de tu pareja	1	2	3	4	5	6
35. Piensas y haces planes para sentirte bien	1	2	3	4	5	6
36. Se respetaba en tu familia las opiniones de cada cual	1	2	3	4	5	6
37. Cuando te das cuenta de que has cometido un error puedes pensar en ello sin castigarte	1	2	3	4	5	6
38. Cuando tienes problemas con tu pareja confías en poder resolverlos	1	2	3	4	5	6
39. Suelas sentirte satisfecha de tus intervenciones públicas	1	2	3	4	5	6
40. Cuando te sientes irritada piensas en las causas y buscas formas de calmarte	1	2	3	4	5	6
41. Tu compañero/a valora y respeta tu trabajo	1	2	3	4	5	6
42. El uso y reparto del dinero en tu familia es justo y equitativo	1	2	3	4	5	6
43. Cuando tus padres discutían, tu madre actuaba según su propio criterio	1	2	3	4	5	6
44. Te atreves a llevar la contraria a tu pareja	1	2	3	4	5	6
45. Cuando cometías errores tu padre y tu madre te ayudaban a resolverlos	1	2	3	4	5	6
46. Tienes planes concretos para el futuro	1	2	3	4	5	6
47. Cuando no consigues lo que quieres tratas de sobreponerte y reorientas la situación	1	2	3	4	5	6
48. Confías en poder repartir las tareas con tu pareja	1	2	3	4	5	6

CUESTIONARIO DE SENTIMIENTOS PERSONALES-2 (PFQ-2)
(Harder y Zalma, 1990; traducida al castellano por Popa, 2013)

A continuación se presentan una serie de expresiones que hacen referencia a sentimientos y sensaciones que las personas suelen experimentar con mayor o menor frecuencia. En cada una de ellas **marque el número que mejor refleje lo habitual que es este sentimiento para ti, teniendo en cuenta lo que indican los números:**

	0. NUNCA	1. POCAS VECES	2. ALGUNAS VECES	3. BASTANTES VECES	4. MUCHAS VECES
1. Vergüenza	0	1	2	3	4
2. Culpabilidad leve	0	1	2	3	4
3. Sensación de ridículo	0	1	2	3	4
4. Preocupación por hacer sufrir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
5. Tristeza	0	1	2	3	4
6. Retraimiento	0	1	2	3	4
7. Humillación	0	1	2	3	4
8. Culpabilidad intensa	0	1	2	3	4
9. Euforia	0	1	2	3	4
10. Sensación de “ser tonto/a”	0	1	2	3	4
11. Arrepentimiento	0	1	2	3	4
12. Ser pueril, infantil	0	1	2	3	4
13. Medianamente feliz	0	1	2	3	4
14. Indefenso/a, bloqueado/a	0	1	2	3	4
15. Depresión	0	1	2	3	4
16. Ruborizado/a, sonrojado/a	0	1	2	3	4
17. Merecedor/a de críticas por lo que hiciste	0	1	2	3	4
18. Ridículo	0	1	2	3	4
19. Ira	0	1	2	3	4
20. Placer	0	1	2	3	4
21. Caer mal a los demás	0	1	2	3	4
22. Remordimiento	0	1	2	3	4

ANEXO 2: TABLAS DE RESULTADOS:

Tabla 8.1: Tabla de Contingencia entre la Duración total de la relación x Duración de la relación violenta. Tabulación cruzada

			Duración de la relación violenta				Total
			Menos de 1 año	1-3 años	3-10 años	Más de 10 años	
Duración total de la relación	Menos de 1 año	Recuento	6	0	0	0	6
		Residuo corregido	11,3	-,9	-2,3	-1,9	
	1-3 años	Recuento	1	16	0	0	17
		Residuo corregido	,3	10,8	-4,0	-3,4	
	3-10 años	Recuento	0	3	61	0	64
		Residuo corregido	-2,3	-2,5	10,5	-8,1	
	más de 10 años	Recuento	0	0	8	56	64
		Residuo corregido	-2,3	-4,0	-7,0	11,0	
	Total		7	19	69	56	151

Tabla 8.2. Tabla de contingencia de la relación de presencia de maltrato familiar en la infancia con VGP en progenitores

		VGP progenitores		Total
		No	Si	
Víctima de violencia familiar en su infancia	No	96	15	111
	Si	12	27	39
Total		108	42	150

Tabla 8.3. Tabla cruzada Intentos de ruptura previos con Clústeres de Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Intentos de ruptura previos	NO	Recuento	38 _a	9 _b	47
		% dentro de Lugar	80,9%	19,1%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	43,2%	14,3%	31,1%
		Residuo corregido	3,8	-3,8	
	SI	Recuento	50 _a	54 _b	104
		% dentro de Lugar	48,1%	51,9%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	56,8%	85,7%	68,9%
		Residuo corregido	-3,8	3,8	
Total	Recuento	88	63	151	
	% dentro de Lugar	58,3%	41,7%	100,0%	
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%	

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.4. Tabla cruzada Antecedentes de violencia familiar en la infancia con Clústeres de Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Antecedentes de violencia familiar en la infancia	NO	Recuento	76 _a	35 _b	111
		% dentro de Lugar	68,5%	31,5%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	86,4%	55,6%	73,5%
		Residuo corregido	4,2	-4,2	
	SI	Recuento	12 _a	28 _b	40
		% dentro de Lugar	30,0%	70,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	13,6%	44,4%	26,5%
		Residuo corregido	-4,2	4,2	
Total	Recuento	88	63	151	
	% dentro de Lugar	58,3%	41,7%	100,0%	
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%	

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.5. Tabla cruzada Percepción de riesgo propio con Clústeres de Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Percepción de riesgo propio	NO	Recuento	52 _a	24 _b	76
		% dentro de Lugar	68,4%	31,6%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	59,1%	38,1%	50,3%
		Residuo corregido	2,5	-2,5	
	SI	Recuento	36 _a	39 _b	75
		% dentro de Lugar	48,0%	52,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	40,9%	61,9%	49,7%
		Residuo corregido	-2,5	2,5	
Total	Recuento	88	63	151	
	% dentro de Lugar	58,3%	41,7%	100,0%	
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%	

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.6. Tabla cruzada Percepción de riesgo de los hijos/as con Clústeres de Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Percepción de riesgo de los hijos/as	NO	Recuento	63 _a	35 _b	98
		% dentro de Lugar	64,3%	35,7%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	71,6%	55,6%	64,9%
		Residuo corregido	2,0	-2,0	
	SI	Recuento	25 _a	28 _b	53
		% dentro de Lugar	47,2%	52,8%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	28,4%	44,4%	35,1%
		Residuo corregido	-2,0	2,0	
Total	Recuento	88	63		
	% dentro de Lugar	58,3%	41,9%	100,0%	
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%	

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.7. Tabla cruzada de Lugar de residencia con Clústeres de Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Lugar	Capital	Recuento	36 _a	12 _b	48
		% dentro de Lugar	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	40,9%	19,0%	31,8%
		Residuo corregido	2,8	-2,8	
	Área metropolitana	Recuento	22 _a	26 _b	48
		% dentro de Lugar	45,8%	54,2%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	25,0%	41,3%	31,8%
		Residuo corregido	-2,1	2,1	
	Rural	Recuento	30 _a	25 _a	55
		% dentro de Lugar	54,5%	45,5%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	34,1%	39,7%	36,4%
		Residuo corregido	-,7	,7	
Total		Recuento	88	63	151
		% dentro de Lugar	58,3%	41,7%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.8. Tabla cruzada de Formación académica con Clústeres Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Formación Académica	Sin graduado escolar	Recuento	7 _a	11 _a	18
		% dentro de Lugar	38,9%	61,1%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	8,0%	17,5%	11,9%
		Residuo corregido	-1,8	1,8	
	Con graduado escolar	Recuento	19 _a	10 _a	29
		% dentro de Lugar	65,5%	34,5%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	21,6%	15,9%	19,2%
		Residuo corregido	,9	-,9	
	Estudios formativos grado medio	Recuento	15 _a	16 _a	31
		% dentro de Lugar	48,4%	51,6%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	17,0%	25,4%	20,5%
		Residuo corregido	-1,3	1,3	
	Estudios formativos grado superior	Recuento	18 _a	17 _a	35
		% dentro de Lugar	51,4%	48,6%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	20,5%	27,0%	23,2%
		Residuo corregido	-,9	,9	
	Estudios Universitarios	Recuento	29 _a	9 _b	38
		% dentro de Lugar	76,3%	23,7%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	33,0%	14,3%	25,2%
		Residuo corregido	2,6	-2,6	
Total	Recuento		88	63	151
	% dentro de Lugar		58,3%	41,7%	100,0%
	% dentro de Número de clúster de TwoStep		100,0%	100,0	100%

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.9. Tabla cruzada Actividad Laboral Remunerada con Clústeres de Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Actividad laboral remunerada	No	Recuento	33 _a	33 _b	66
		% dentro de Lugar	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	37,5%	54,1%	44,3%
		Residuo corregido	-2,0	2,0	
	Si	Recuento	55 _a	28 _b	83
		% dentro de Lugar	66,3%	33,7%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	62,5%	45,9%	55,7%
		Residuo corregido	2,0	-2,0	
Total	Recuento	88	61	149	
	% dentro de Lugar	59,1%	40,9%	100,0%	
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%	

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.10. Tabla cruzada Descendencia con Clústeres de Violencia

			Número de clúster de TwoStep		Total
			1	2	
Descendencia	No hijos/as	Recuento	16 _a	4 _b	20
		% dentro de Lugar	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	18,2%	6,3%	13,2%
		Residuo corregido	2,1	-2,1	
	Al menos un hijo/a	Recuento	72 _a	59 _b	131
		% dentro de Lugar	55,0%	45,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	81,8%	93,7%	86,8%
		Residuo corregido	-2,1	2,1	
Total	Recuento	88	63	151	
	% dentro de Lugar	58,3%	41,7%	100,0%	
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%	

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.11. Tabla cruzada de Estado civil con Duración relación violenta

			Duración de la relación violenta				Total
			- 1 año	1-3 años	3-10 años	+ 10 años	
Estado civil	Sin pareja	Recuento	5 _a	5 _{a, b}	17 _{a, b}	7 _b	34
		% dentro de Lugar	14,7%	14,7%	50,0%	20,6%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	71,4%	26,3%	24,6%	12,5%	22,5%
		Residuo corregido	3,2	,4	,6	-2,3	
	Con pareja	Recuento	1 _a	5 _a	8 _{a, b}	0 _b	14
		% dentro de Lugar	7,1%	35,7%	57,1%	0,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	14,3%	26,3%	11,6%	0,0%	9,3%
		Residuo corregido	,5	2,7	,9	-3,0	
	Casada	Recuento	0 _a	2 _a	4 _a	10 _a	16
		% dentro de Lugar	0,0%	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	0,0%	10,5%	5,8%	17,9%	10,6%
		Residuo corregido	-,9	,0	-1,8	2,2	
	Divorcio/separación	Recuento	1 _a	5 _a	20 _a	27 _a	53
		% dentro de Lugar	1,9%	9,4%	37,7%	50,9%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	14,3%	26,3%	29,0%	48,2%	35,1%
		Residuo corregido	-1,2	-,9	-1,4	2,6	
	En trámites divorcio /separación	Recuento	0 _a	2 _a	20 _a	12 _a	34
		% dentro de Lugar	0,0%	5,9%	58,8%	35,3%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	0,0%	10,5%	29,0%	21,4%	22,5%
		Residuo Corregido	-1,5	-1,3	1,7	-,2	
Total	Recuento		7	19	69	56	151
	% dentro de Lugar		4,6%	12,6%	45,7%	37,1%	100,0%
	% dentro de Número de clúster de TwoStep		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.12. Tabla cruzada de Clase social subjetiva con Duración relación violenta

			Duración de la relación violenta				Total
			- 1 año	1-3 años	3-10 años	+ 10 años	
Clase social subjetiva	Baja	Recuento	0 _a	0 _a	7 _a	4 _a	11
		% dentro de Lugar	0,0%	0,0%	63,6%	36,4%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	0,0%	0,0%	10,1%	7,1%	7,3%
		Residuo corregido	-,8	-1,3	1,2	-,1	
	Media-Baja	Recuento	0 _a	5 _a	30 _a	19 _a	54
		% dentro de Lugar	0,0%	9,3%	55,6%	35,2%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	0,0%	26,3%	43,5%	33,9%	35,8%
		Residuo corregido	-2,0	-,9	1,8	-,4	
	Media	Recuento	4 _a	12 _a	27 _a	21 _a	64
		% dentro de Lugar	6,3%	18,8%	42,2%	32,8%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	57,1%	63,2%	39,1%	37,5%	42,4%
		Residuo corregido	,8	2,0	-,7	-,9	
	Media-Alta	Recuento	3 _a	1 _{a, b}	5 _b	11 _{a, b}	20
		% dentro de Lugar	15,0%	5,0%	25,0%	55,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	42,9%	5,3%	7,2%	19,6%	13,2%
		Residuo corregido	2,4	-1,1	-2,0	1,8	
	Alta	Recuento	0 _a	1 _a	0 _a	1 _a	2
		% dentro de Lugar	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	0,0%	5,3%	0,0%	1,8%	1,3%
		Residuo Corregido	-,3	1,6	-1,3	,4	
Total	Recuento		7	19	69	56	151
	% dentro de Lugar		4,6%	12,6%	45,7%	37,1%	100,0%
	% dentro de Número de clúster de TwoStep		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.13. Tabla cruzada de Edad con Duración relación violenta

			Duración de la relación violenta				Total
			- 1 año	1-3 años	3-10 años	+ 10 años	
Edad	18-29	Recuento	3 _a	3 _a	12 _a	0 _b	18
		% dentro de Lugar	16,7%	16,7%	66,7%	0,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	42,9%	15,8%	17,4%	0,0%	11,9%
		Residuo corregido	2,6	,6	1,9	-3,5	
	30-44	Recuento	4 _a	10 _a	43 _a	30 _a	87
		% dentro de Lugar	4,6%	11,5%	49,4%	34,5%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	57,1%	52,6%	62,3%	53,6%	57,6%
		Residuo corregido	,0	-,5	1,1	-,8	
	45-64	Recuento	0 _a	6 _a	14 _a	23 _a	43
		% dentro de Lugar	0,0%	14,0%	32,6%	53,5%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	0,0%	31,6%	20,3%	41,1%	28,5%
		Residuo corregido	-1,7	,3	-2,0	2,6	
	+ 65	Recuento	0 _a	0 _a	0 _a	3 _a	3
		% dentro de Lugar	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Número de clúster de TwoStep	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	2,0%
		Residuo corregido	-,4	-,7	-1,6	2,3	
Total	Recuento		7	19	69	56	151
	% dentro de Lugar		4,6%	12,6%	45,7%	37,1%	100,0%
	% dentro de Número de clúster de TwoStep		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Residuo corregido						

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.14. Tabla cruzada de Descendencia con Duración relación violenta

		Duración de la relación violenta				Total
		- 1 año	1-3 años	3-10 años	+ 10 años	
Descendencia NO	Recuento	6 _a	8 _a	5 _b	1 _b	20
	% dentro de Lugar	30,0%	40,0%	25,0%	5,0%	100,0%
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	85,7%	42,1%	7,2%	1,8%	13,2%
	Residuo corregido	5,8	4,0	-2,0	-3,2	
SI	Recuento	1 _a	11 _a	64 _b	55 _b	131
	% dentro de Lugar	0,8%	8,4%	48,9%	42,0%	100,0%
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	14,3%	57,9%	92,8%	98,2%	86,8%
	Residuo corregido	-5,8	-4,0	2,0	3,2	
Total	Recuento	7	19	69	56	151
	% dentro de Lugar	4,6%	12,6%	45,7%	37,1%	100,0%
	% dentro de Número de clúster de TwoStep	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de “Duración de la relación violenta” categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

Tabla 8.15. Estadísticos de grupo para comparación de medias de Frecuencia de tipos de violencia x Tipos de apego

	AP. SEGURO O INSEGURO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
FR. VIO. FISICA	SEGURO	40	2,15	1,968	,311
	INSEGURO	111	2,50	1,783	,169
FR. VIO. PSICOL.	SEGURO	40	5,58	,747	,118
	INSEGURO	111	5,78	,475	,045
FR. VIO. SEXUAL	SEGURO	40	2,20	2,278	,360
	INSEGURO	111	2,36	2,36	,206

Tabla 8.16. Prueba de muestras independientes: Frecuencia de tipos de violencia x Tipos de apego

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC para la diferencia	
									Sup.	Inf.
Frecuencia violencia física	No se han asumido varianzas iguales	,39	,53	-,97	63,50	,33	-,34	,35	-1,05	,36
Frecuencia violencia psicológica	Se han asumido varianzas iguales	13,93	,00	-2,02	149	,04	-,20	,10	-,41	-,00
Frecuencia de violencia sexual	No se han asumido varianzas iguales	,10	,74	-,38	66,25	,70	-,16	,41	-,98	,66

Tabla 8.17. Estadísticos de grupo para comparación de medias de SA-45 con Clúster

	Nº de clúster de TwoStep	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SOMATIZACION	1	86	8,07	5,871	,633
	2	63	9,90	5,220	,658
OBS-COMPULSION	1	88	8,10	5,131	,547
	2	63	9,14	4,472	,563
SENS. INTERPER.	1	88	6,60	5,005	,534
	2	63	8,05	4,552	,574
DEPRESION	1	87	8,89	5,727	,614
	2	61	11,25	5,143	,659
ANSIEDAD	1	88	8,52	5,022	,535
	2	62	9,95	4,426	,562
HOSTILIDAD	1	88	2,81	3,769	,402
	2	61	4,28	3,460	,443
ANSIEDAD FÓBICA	1	87	5,61	4,949	,531
	2	61	6,46	4,657	,596
ID.PARANOIDE	1	87	7,13	4,513	,484
	2	60	7,87	3,689	,476
PSICOTICISMO	1	85	3,31	3,684	,400
	2	63	3,73	3,660	,461
PUNT. TOTAL	1	82	59,30	37,325	4,122
	2	55	70,60	31,245	4,213

Tabla 8.18. Prueba de muestras independientes para comparación de medias de SA-45 con Clúster

		P. de Levene- igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC para la diferencia	
									Sup.	Inf.
SOMATIZACION	No varianzas iguales	1,276	,261	-2,010	141,5	,046	-1,835	,913	-3,640	-,030
OBSESION- COMPULSION	No varianzas iguales	,701	,404	-1,325	143,2	,187	-1,041	,785	-2,593	,511
SENSIBILIDAD INTERPER.	No varianzas iguales	1,178	,280	-1,845	140,6	,067	-1,445	,783	-2,994	,103
DEPRESION	Si varianzas iguales	1,054	,306	-2,573	146	,011	-2,361	,918	-4,174	-,547
ANSIEDAD	No varianzas iguales	,312	,578	-1,841	140,6	,068	-1,429	,776	-2,963	,106
HOSTILIDAD	Si varianzas iguales	,132	,717	-2,423	147	,017	-1,472	,607	-2,672	-,271
ANS. FÓBICA	No varianzas iguales	,049	,825	-1,065	134,0	,289	-,850	,798	-2,428	,729
IDEACION PARANOIDE	No varianzas iguales	3,055	,083	-1,090	140,7	,277	-,740	,679	-2,082	,602
PSICOTICISMO	No varianzas iguales	,004	,949	-,695	134,2	,488	-,424	,610	-1,631	,782
PUNTUACION TOTAL	No varianzas iguales	2,405	,123	-1,916	128,4	,058	-11,295	5,894	-22,95	,367

Tabla 8.19. Medias y d.t. del SA-45 en función de si la mujer continúa o no en la relación violenta

La mujer continúa en la relación violenta		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SOMATIZACION	No	129	8,47	5,745	,506
	Si	20	11,25	4,494	1,005
OBS-COMPULSION	No	131	8,25	4,812	,420
	Si	20	10,40	5,020	1,122
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	No	131	7,07	4,918	,430
	Si	20	8,10	4,459	,997
DEPRESION	No	129	9,54	5,639	,496
	Si	19	12,00	4,933	1,132
ANSIEDAD	No	130	8,78	4,747	,416
	Si	20	11,30	4,846	1,084
HOSTILIDAD	No	130	2,97	3,308	,290
	Si	19	6,42	4,846	1,112
ANSIEDAD FOBICA	No	129	5,88	4,748	,418
	Si	19	6,53	5,481	1,257
IDEACION PARANOIDE	No	128	7,12	4,175	,369
	Si	19	9,53	3,835	,880
PSICOTICISMO	No	128	3,24	3,518	,311
	Si	20	5,05	4,286	,958
PUNTUACION TOTAL	No	120	61,33	34,755	3,173
	Si	17	81,59	35,272	8,555

Tabla 8.20. Prueba de muestras independientes para SA-45 x Mantenimiento de la relación violenta.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la diferencia	95% IC	
									Superior	Inferior
SOMATIZ.	Se han asumido varianzas iguales	4,318	,039	-2,064	147	,041	-2,777	1,345	-5,436	-,118
OBS-COMP.	No se han asumido varianzas iguales	,236	,628	-1,792	24,63	,085	-2,148	1,199	-4,619	,322
SENS. INTERP.	No se han asumido varianzas iguales	,371	,543	-,950	26,58	,351	-1,031	1,086	-3,261	1,198
DEPRESION	No se han asumido varianzas iguales	1,126	,290	-1,988	25,46	,058	-2,457	1,236	-5,000	,085
ANSIEDAD	No se han asumido varianzas iguales	,198	,657	-2,174	24,94	,039	-2,523	1,161	-4,914	-,132
HOSTIL.	Se han asumido varianzas iguales	5,626	,019	-3,978	147	,000	-3,452	,868	-5,167	-1,737
ANS. FÓBICA	No se han asumido varianzas iguales	,677	,412	-,491	22,16	,628	-,650	1,325	-3,397	2,097
ID. PARANOIDE	No se han asumido varianzas iguales	,258	,612	-2,525	24,78	,018	-2,409	,954	-4,375	-,443
PSICOTIC.	No se han asumido varianzas iguales	2,243	,136	-1,794	23,17	,086	-1,808	1,007	-3,891	,275
TOTAL SA-45	No se han asumido varianzas iguales	,001	,974	-2,221	20,65	,038	-20,26	9,124	-39,257	-1,269

Tabla 8.21. Estadísticos de grupo para comparación de medias de DTS con Clúster

	Nº de clúster de TwoStep	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
INTRUSIÓN TOTAL	1	87	15,52	9,741	1,044
	2	62	17,02	9,193	1,167
EVITACIÓN TOTAL	1	88	20,07	13,735	1,464
	2	62	24,29	11,867	1,507
HIPERACTIVACIÓN TOTAL	1	87	17,40	10,923	1,171
	2	62	20,63	9,636	1,224
PUNTUACION TOTAL	1	86	52,38	31,578	3,405
	2	62	61,94	26,913	3,418

Tabla 8.22. Prueba de muestras independientes para comparación de medias de DTS con Clúster

		P. de Levene-igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC depara la diferencia	
									Sup.	Inf.
INTRUSIÓN TOTAL	No varianzas iguales	,558	,456	-,957	135,9	,340	-1,499	1,566	-4,597	1,599
EVITACIÓN TOTAL	No varianzas iguales	2,843	,094	-2,009	141,8	,046	-4,222	2,101	-8,376	-,068
HIPERACTIVAC TOTAL	No varianzas iguales	2,046	,155	-1,905	140,3	,059	-3,227	1,694	-6,576	,122
PUNTUACION TOTAL	No varianzas iguales	2,739	,100	-1,980	141,8	,050	-9,552	4,825	-19,08	-,014

Tabla 8.23. Estadísticos de grupo para comparación de medias del MARA-R con Clúster

	Nº de clúster de TwoStep	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
FAMILIA DE ORIGEN	1	83	53,78	18,923	2,077
	2	59	49,31	18,921	2,463
PAREJA Y FAM. CONST.	1	82	42,77	19,770	2,183
	2	54	36,31	18,291	2,489
AUTOPERCEPCIÓN	1	84	62,04	15,292	1,668
	2	53	58,11	14,017	1,925
PUNTUACION TOTAL	1	78	158,76	42,726	4,838
	2	45	141,29	31,386	4,679

Tabla 8.24. Prueba de muestras independientes para comparación de medias del MARA-R con Clúster

		P. de Levene-igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC de para la diferencia	
									Sup.	Inf.
FAMILIA DE ORIGEN	No varianzas iguales	,041	,840	1,390	125	,167	4,478	3,222	-1,899	10,855
PAREJA	No varianzas iguales	2,388	,125	1,949	119,6	,054	6,453	3,311	-,102	13,009
AUTOPERC.	No varianzas iguales	,818	,367	1,540	117,8	,126	3,923	2,548	-1,123	8,968
PUNTUACION TOTAL	No varianzas iguales	3,759	,055	2,595	113,9	,011	17,468	6,730	4,135	30,800

Tabla 8.25. Media y D.T. del MARA en función de si continúa o no en la relación

	¿Continúa la relación violenta?	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Familia de origen	No	124	53,12	19,417	1,744
	Si	18	43,67	13,377	3,153
Pareja y familia const.	No	118	40,20	19,863	1,829
	Si	18	40,22	16,423	3,871
Autopercepción	No	119	61,81	14,648	1,343
	Si	18	52,00	13,941	3,286
Total MARA	No	108	154,19	41,079	3,953
	Si	15	139,27	25,527	6,591

Tabla 8.26. Prueba de muestras independientes para MARA x Si la mujer continúa en la relación

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% IC para la diferencia	
									Sup	Inf
Familia de origen	Se han asumido varianzas iguales	8,586	,004	1,995	140	,048	9,454	4,739	,086	18,823
Pareja y familia cons.	No se han asumido varianzas iguales	,971	,326	-,004	25,251	,997	-,019	4,281	-8,831	8,794
Autopercep.	No se han asumido varianzas iguales	,163	,687	2,763	23,059	,011	9,807	3,550	2,465	17,149
Total MARA	No se han asumido varianzas iguales	3,053	,083	1,941	25,451	,063	14,919	7,686	-,896	30,733

Tabla 8.27. Medias de los estilos de apego (CR) en función de las dimensiones del AAS

Estilo de apego (CR)		Ansiedad AAS	Evitación AAS
Apego Seguro	Media	15,69	39,20
	N	39	40
	Desv. típ.	4,426	4,762
Apego Resistente	Media	13,97	36,29
	N	31	31
	Desv. típ.	3,291	5,061
Apego Preocupado	Media	19,62	35,00
	N	42	41
	Desv. típ.	4,179	6,454
Apego Temeroso	Media	18,26	35,08
	N	38	36
	Desv. típ.	5,436	5,201
Total	Media	17,09	36,43
	N	150	148
	Desv. típ.	4,900	5,668

Tabla 8.28. ANOVA de Dimensiones AAS x Estilo de apego CR

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	699,325	3	233,108	11,823	,000
	Intra-grupos		2878,549	146	19,716		
	Total		3577,873	149			
Evitación * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	456,645	3	152,215	5,139	,002
	Intra-grupos		4265,537	144	29,622		
	Total		4722,182	147			

Tabla 8.29. Comparaciones Múltiples (Bonferroni) entre Estilo de Apego y Dimensiones AAS

Variable dependiente	(I) Estilo de apego	(J) Estilo de apego	Dif. de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
						Lím. Sup	Lím. Inf.
Ansiedad	Seguro	Apego Resistente	1,725	1,068	,652	-1,13	4,58
		Apego Preocupado	-3,927(*)	,987	,001	-6,57	-1,29
		Apego Temeroso	-2,571	1,012	,073	-5,28	,14
		Apego Seguro	-1,725	1,068	,652	-4,58	1,13
	Resistente	Apego Preocupado	-5,651(*)	1,051	,000	-8,46	-2,84
		Apego Temeroso	-4,295(*)	1,075	,001	-7,17	-1,42
		Apego Seguro	3,927(*)	,987	,001	1,29	6,57
		Apego Resistente	5,651(*)	1,051	,000	2,84	8,46
	Preocupado	Apego Temeroso	1,356	,994	1,000	-1,30	4,01
		Apego Seguro	2,571	1,012	,073	-,14	5,28
		Apego Resistente	4,295(*)	1,075	,001	1,42	7,17
		Apego Preocupado	-1,356	,994	1,000	-4,01	1,30
	Temeroso	Apego Seguro	2,910	1,302	,162	-,57	6,39
		Apego Resistente	4,200(*)	1,210	,004	,96	7,44
		Apego Temeroso	4,117(*)	1,250	,007	,77	7,46
		Apego Preocupado	-2,910	1,302	,162	-6,39	,57
Evitación	Seguro	Apego Resistente	1,290	1,295	1,000	-2,18	4,76
		Apego Temeroso	1,207	1,334	1,000	-2,36	4,77
		Apego Preocupado	-4,200(*)	1,210	,004	-7,44	-,96
		Apego Resistente	-1,290	1,295	1,000	-4,76	2,18
	Resistente	Apego Temeroso	-,083	1,243	1,000	-3,41	3,24
		Apego Preocupado	-4,117(*)	1,250	,007	-7,46	-,77
		Apego Seguro	-1,207	1,334	1,000	-4,77	2,36
		Apego Resistente	,083	1,243	1,000	-3,24	3,41
	Preocupado	Apego Temeroso	1,207	1,334	1,000	-2,36	4,77
		Apego Preocupado	-4,200(*)	1,210	,004	-7,44	-,96
		Apego Resistente	-1,290	1,295	1,000	-4,76	2,18
		Apego Temeroso	-,083	1,243	1,000	-3,41	3,24
	Temeroso	Apego Preocupado	-4,117(*)	1,250	,007	-7,46	-,77
		Apego Seguro	-1,207	1,334	1,000	-4,77	2,36
		Apego Resistente	,083	1,243	1,000	-3,24	3,41
		Apego Temeroso	1,207	1,334	1,000	-2,36	4,77

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8.30. ANOVA de Resiliencia x Estilos de apego

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
RESILIENCIA Total	Inter-grupos	11643,891	3	3881,297	9,893	,000
	Intra-grupos	51004,415	130	392,342		
	Total	62648,306	133			
CONFIANZA EN SÍ MISMO	Inter-grupos	1307,893	3	435,964	5,908	,001
	Intra-grupos	10404,797	141	73,793		
	Total	11712,690	144			
PERSEVERANCIA	Inter-grupos	399,233	3	133,078	3,693	,013
	Intra-grupos	5152,740	143	36,033		
	Total	5551,973	146			
SENTIRSE BIEN SOLO	Inter-grupos	307,303	3	102,434	2,965	,034
	Intra-grupos	5009,636	145	34,549		
	Total	5316,940	148			
ECUANIMIDAD	Inter-grupos	225,309	3	75,103	4,140	,008
	Intra-grupos	2521,809	139	18,143		
	Total	2747,119	142			
SAT. PERSONAL	Inter-grupos	575,016	3	191,672	11,612	,000
	Intra-grupos	2393,494	145	16,507		
	Total	2968,510	148			
COMP. PERSONAL	Inter-grupos	5744,251	3	1914,750	6,018	,001
	Intra-grupos	43907,221	138	318,168		
	Total	49651,472	141			
SATIS. DE LA VIDA	Inter-grupos	1482,079	3	494,026	9,427	,000
	Intra-grupos	7231,865	138	52,405		
	Total	8713,944	141			

Tabla 8.31. Comparaciones Múltiples (Bonferroni) de Resiliencia x Estilos de apego

Variable dependiente	(I) Estilo de apego	(J) Estilo de apego	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
						Lím. Sup.	Lím. inf.
RESIL. Total	Seguro	Apego Resistente	-2,473	4,961	1,000	-15,77	10,82
		Apego Preocupado	20,000(*)	4,605	,000	7,66	32,34
		Apego Temeroso	13,246(*)	4,782	,039	,43	26,06
	Resistente	Apego Seguro	2,473	4,961	1,000	-10,82	15,77
		Apego Preocupado	22,473(*)	4,961	,000	9,18	35,77
		Apego Temeroso	15,719(*)	5,126	,016	1,99	29,45
	Preocupado	Apego Seguro	-20,000(*)	4,605	,000	-32,34	-7,66
		Apego Resistente	-22,473(*)	4,961	,000	-35,77	-9,18
		Apego Temeroso	-6,754	4,782	,961	-19,57	6,06
	Temeroso	Apego Seguro	-13,246(*)	4,782	,039	-26,06	-,43
		Apego Resistente	-15,719(*)	5,126	,016	-29,45	-1,99
		Apego Preocupado	6,754	4,782	,961	-6,06	19,57
CONFIANZA	Seguro	Apego Resistente	-2,082	2,098	1,000	-7,70	3,53
		Apego Preocupado	5,843(*)	1,934	,018	,67	11,02
		Apego Temeroso	3,184	1,998	,679	-2,16	8,53
	Resistente	Apego Seguro	2,082	2,098	1,000	-3,53	7,70
		Apego Preocupado	7,925(*)	2,064	,001	2,40	13,45
		Apego Temeroso	5,267	2,124	,086	-,42	10,95
	Preocupado	Apego Seguro	-5,843(*)	1,934	,018	-11,02	-,67
		Apego Resistente	-7,925(*)	2,064	,001	-13,45	-2,40
		Apego Temeroso	-2,659	1,962	1,000	-7,91	2,59
	Temeroso	Apego Seguro	-3,184	1,998	,679	-8,53	2,16
		Apego Resistente	-5,267	2,124	,086	-10,95	,42
		Apego Preocupado	2,659	1,962	1,000	-2,59	7,91
PERSEVER.	Seguro	Apego Resistente	-1,266	1,444	1,000	-5,13	2,60
		Apego Preocupado	3,184	1,343	,114	-,41	6,78
		Apego Temeroso	1,393	1,387	1,000	-2,32	5,11
	Resistente	Apego Seguro	1,266	1,444	1,000	-2,60	5,13
		Apego Preocupado	4,451(*)	1,429	,013	,63	8,27
		Apego Temeroso	2,659	1,471	,436	-1,28	6,59
	Preocupado	Apego Seguro	-3,184	1,343	,114	-6,78	,41
		Apego Resistente	-4,451(*)	1,429	,013	-8,27	-,63
		Apego Temeroso	-1,791	1,371	1,000	-5,46	1,88
	Temeroso	Apego Seguro	-1,393	1,387	1,000	-5,11	2,32
		Apego Resistente	-2,659	1,471	,436	-6,59	1,28
		Apego Preocupado	1,791	1,371	1,000	-1,88	5,46
BIEN SOLO	Seguro	Apego Resistente	-1,719	1,406	1,000	-5,48	2,04
		Apego Preocupado	2,353	1,306	,442	-1,14	5,85
		Apego Temeroso	,826	1,341	1,000	-2,76	4,41
	Resistente	Apego Seguro	1,719	1,406	1,000	-2,04	5,48
		Apego Preocupado	4,072(*)	1,399	,025	,33	7,81
		Apego Temeroso	2,545	1,431	,465	-1,28	6,37
	Preocupado	Apego Seguro	-2,353	1,306	,442	-5,85	1,14
		Apego Resistente	-4,072(*)	1,399	,025	-7,81	-,33
		Apego Temeroso	-1,527	1,333	1,000	-5,09	2,04
	Temeroso	Apego Seguro	-,826	1,341	1,000	-4,41	2,76
		Apego Resistente	-2,545	1,431	,465	-6,37	1,28
		Apego Preocupado	1,527	1,333	1,000	-2,04	5,09

ECUANIM.	Seguro	Apego Resistente	- ,656	1,050	1,000	-3,47	2,15
		Apego Preocupado	2,422	,965	,079	-,16	5,00
		Apego Temeroso	1,864	,991	,372	-,79	4,52
	Resistente	Apego Seguro	,656	1,050	1,000	-2,15	3,47
		Apego Preocupado	3,078(*)	1,039	,021	,30	5,86
		Apego Temeroso	2,520	1,063	,115	-,32	5,36
	Preocupado	Apego Seguro	-2,422	,965	,079	-5,00	,16
		Apego Resistente	-3,078(*)	1,039	,021	-5,86	-,30
		Apego Temeroso	-,558	,979	1,000	-3,18	2,06
	Temeroso	Apego Seguro	-1,864	,991	,372	-4,52	,79
		Apego Resistente	-2,520	1,063	,115	-5,36	,32
		Apego Preocupado	,558	,979	1,000	-2,06	3,18
SAT. PERS.	Seguro	Apego Resistente	,228	,978	1,000	-2,39	2,84
		Apego Preocupado	4,092(*)	,903	,000	1,67	6,51
		Apego Temeroso	3,967(*)	,932	,000	1,47	6,46
	Resistente	Apego Seguro	-,228	,978	1,000	-2,84	2,39
		Apego Preocupado	3,863(*)	,962	,001	1,29	6,44
		Apego Temeroso	3,738(*)	,989	,001	1,09	6,38
	Preocupado	Apego Seguro	-4,092(*)	,903	,000	-6,51	-1,67
		Apego Resistente	-3,863(*)	,962	,001	-6,44	-1,29
		Apego Temeroso	-,125	,916	1,000	-2,58	2,33
	Temeroso	Apego Seguro	-3,967(*)	,932	,000	-6,46	-1,47
		Apego Resistente	-3,738(*)	,989	,001	-6,38	-1,09
		Apego Preocupado	,125	,916	1,000	-2,33	2,58
F1. COMP.	Seguro	Apego Resistente	-5,684	4,356	1,000	-17,35	5,98
		Apego Preocupado	11,641(*)	4,041	,028	,82	22,46
		Apego Temeroso	5,228	4,211	1,000	-6,04	16,50
	Resistente	Apego Seguro	5,684	4,356	1,000	-5,98	17,35
		Apego Preocupado	17,325(*)	4,308	,001	5,79	28,86
		Apego Temeroso	10,912	4,468	,095	-1,05	22,87
	Preocupado	Apego Seguro	-11,641(*)	4,041	,028	-22,46	-,82
		Apego Resistente	-17,325(*)	4,308	,001	-28,86	-5,79
		Apego Temeroso	-6,413	4,161	,753	-17,55	4,72
	Temeroso	Apego Seguro	-5,228	4,211	1,000	-16,50	6,04
		Apego Resistente	-10,912	4,468	,095	-22,87	1,05
		Apego Preocupado	6,413	4,161	,753	-4,72	17,55
F2. SAT. VIDA	Seguro	Apego Resistente	-,187	1,785	1,000	-4,96	4,59
		Apego Preocupado	6,683(*)	1,640	,000	2,29	11,07
		Apego Temeroso	6,015(*)	1,696	,003	1,48	10,55
	Resistente	Apego Seguro	,187	1,785	1,000	-4,59	4,96
		Apego Preocupado	6,870(*)	1,766	,001	2,14	11,60
		Apego Temeroso	6,202(*)	1,818	,005	1,34	11,07
	Preocupado	Apego Seguro	-6,683(*)	1,640	,000	-11,07	-2,29
		Apego Resistente	-6,870(*)	1,766	,001	-11,60	-2,14
		Apego Temeroso	-,668	1,676	1,000	-5,15	3,82
	Temeroso	Apego Seguro	-6,015(*)	1,696	,003	-10,55	-1,48
		Apego Resistente	-6,202(*)	1,818	,005	-11,07	-1,34
		Apego Preocupado	,668	1,676	1,000	-3,82	5,15

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8.32. ANOVA de Estilos de apego x Afrontamiento (CAE)

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
BAS * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	30,336	3	10,112	1,348	,261
		Intra-grupos	1087,799	145	7,502		
		Total	1118,134	148			
FSP * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	103,011	3	34,337	5,234	,002
		Intra-grupos	957,763	146	6,560		
		Total	1060,773	149			
RVP * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	28,899	3	9,633	1,446	,232
		Intra-grupos	966,269	145	6,664		
		Total	995,168	148			
REL * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	36,845	3	12,282	,973	,407
		Intra-grupos	1817,074	144	12,619		
		Total	1853,919	147			
EEA * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	28,864	3	9,621	2,128	,099
		Intra-grupos	628,493	139	4,522		
		Total	657,357	142			
AFN * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	155,732	3	51,911	7,587	,000
		Intra-grupos	985,261	144	6,842		
		Total	1140,993	147			
EVT * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	8,897	3	2,966	,430	,732
		Intra-grupos	994,211	144	6,904		
		Total	1003,108	147			
AFR. RACIONAL * Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	72,773	3	24,258	,393	,758
		Intra-grupos	8711,269	141	61,782		
		Total	8784,041	144			
AFR. EMOCIONAL* Estilos de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	311,732	3	103,911	4,025	,009
		Intra-grupos	3459,087	134	25,814		
		Total	3770,819	137			

Tabla 8.33. Comparaciones Múltiples (Bonferroni) para Afrontamiento x Estilos de Apego.

Variable dependien.	(I) Estilo de apego	(J) Estilo de apego	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC del 95%	
						Lím. sup.	Lím. inf.
FSP	Apego Seguro	Apego Resistente	-1,034	,613	,563	-2,67	,61
		Apego Preocupado	1,279	,569	,157	-,24	2,80
		Apego Temeroso	,661	,580	1,000	-,89	2,21
	Apego Resistente	Apego Seguro	1,034	,613	,563	-,61	2,67
		Apego Preocupado	2,313(*)	,610	,001	,68	3,94
		Apego Temeroso	1,694(*)	,620	,042	,04	3,35
	Apego Preocupado	Apego Seguro	-1,279	,569	,157	-2,80	,24
		Apego Resistente	-2,313(*)	,610	,001	-3,94	-,68
		Apego Temeroso	-,619	,577	1,000	-2,16	,92
	Apego Temeroso	Apego Seguro	-,661	,580	1,000	-2,21	,89
		Apego Resistente	-1,694(*)	,620	,042	-3,35	-,04
		Apego Preocupado	,619	,577	1,000	-,92	2,16
AFN	Apego Seguro	Apego Resistente	,295	,633	1,000	-1,40	1,99
		Apego Preocupado	-2,130(*)	,589	,002	-3,71	-,55
		Apego Temeroso	-1,605	,600	,050	-3,21	,00
	Apego Resistente	Apego Seguro	-,295	,633	1,000	-1,99	1,40
		Apego Preocupado	-2,425(*)	,623	,001	-4,09	-,76
		Apego Temeroso	-1,900(*)	,633	,019	-3,59	-,21
	Apego Preocupado	Apego Seguro	2,130(*)	,589	,002	,55	3,71
		Apego Resistente	2,425(*)	,623	,001	,76	4,09
		Apego Temeroso	,525	,589	1,000	-1,05	2,10
	Apego Temeroso	Apego Seguro	1,605	,600	,050	,00	3,21
		Apego Resistente	1,900(*)	,633	,019	,21	3,59
		Apego Preocupado	-,525	,589	1,000	-2,10	1,05
AF. EMOOC.	Apego Seguro	Apego Resistente	-,202	1,260	1,000	-3,58	3,17
		Apego Preocupado	-3,523(*)	1,173	,019	-6,67	-,38
		Apego Temeroso	-2,362	1,207	,314	-5,59	,87
	Apego Resistente	Apego Seguro	,202	1,260	1,000	-3,17	3,58
		Apego Preocupado	-3,321	1,253	,054	-6,68	,03
		Apego Temeroso	-2,160	1,284	,569	-5,60	1,28
	Apego Preocupado	Apego Seguro	3,523(*)	1,173	,019	,38	6,67
		Apego Resistente	3,321	1,253	,054	-,03	6,68
		Apego Temeroso	1,161	1,199	1,000	-2,05	4,37
	Apego Temeroso	Apego Seguro	2,362	1,207	,314	-,87	5,59
		Apego Resistente	2,160	1,284	,569	-1,28	5,60
		Apego Preocupado	-1,161	1,199	1,000	-4,37	2,05

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8.34. ANOVA de los Estilos de apego x SA-45

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
SOMAT. * Estilo de Apego	Inter-grupos	(Combinadas)	386,204	3	128,735	4,286	,006
	Intra-grupos		4355,246	145	30,036		
	Total		4741,450	148			
OBS. COMP. * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	314,924	3	104,975	4,741	,003
	Intra-grupos		3254,625	147	22,140		
	Total		3569,550	150			
SENS. INTERP. * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	662,158	3	220,719	11,272	,000
	Intra-grupos		2878,478	147	19,581		
	Total		3540,636	150			
DEPRESION * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	462,416	3	154,139	5,354	,002
	Intra-grupos		4145,604	144	28,789		
	Total		4608,020	147			
ANSIEDAD * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	379,030	3	126,343	5,981	,001
	Intra-grupos		3084,044	146	21,124		
	Total		3463,073	149			
HOSTILIDAD * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	43,343	3	14,448	1,053	,371
	Intra-grupos		1988,684	145	13,715		
	Total		2032,027	148			
ANS. FÓBICA * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	314,644	3	104,881	4,842	,003
	Intra-grupos		3119,113	144	21,661		
	Total		3433,757	147			
ID. PARANOIDE * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	443,054	3	147,685	9,911	,000
	Intra-grupos		2130,946	143	14,902		
	Total		2574,000	146			
PSICOTICISMO * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	222,303	3	74,101	6,081	,001
	Intra-grupos		1754,670	144	12,185		
	Total		1976,973	147			
PUNT. TOTAL * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	27799,180	3	9266,393	8,681	,000
	Intra-grupos		141961,287	133	1067,378		
	Total		169760,467	136			

Tabla 8.35. Comparaciones Múltiples (Bonferroni) para SA-45 x Estilos de Apego.

Variable dependient	(I) Estilo de apego	(J) Estilo de apego	Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite superior	Límite inferior
SOMATIZ.	Seguro	Apego Resistente	2,105	1,331	,695	-1,46	5,67
		Apego Preocupado	-1,985	1,219	,633	-5,25	1,27
		Apego Temeroso	-1,979	1,249	,692	-5,32	1,36
	Resistente	Apego Seguro	-2,105	1,331	,695	-5,67	1,46
		Apego Preocupado	-4,090(*)	1,310	,013	-7,59	-,59
		Apego Temeroso	-4,084(*)	1,339	,016	-7,66	-,50
	Preocup.	Apego Seguro	1,985	1,219	,633	-1,27	5,25
		Apego Resistente	4,090(*)	1,310	,013	,59	7,59
		Apego Temeroso	,006	1,227	1,000	-3,28	3,29
	Temeroso	Apego Seguro	1,979	1,249	,692	-1,36	5,32
		Apego Resistente	4,084(*)	1,339	,016	,50	7,66
		Apego Preocupado	-,006	1,227	1,000	-3,29	3,28
OBS-COM	Seguro	Apego Resistente	-,490	1,126	1,000	-3,50	2,52
		Apego Preocupado	-3,129(*)	1,040	,018	-5,91	-,35
		Apego Temeroso	-3,042(*)	1,066	,030	-5,89	-,19
	Resistente	Apego Seguro	,490	1,126	1,000	-2,52	3,50
		Apego Preocupado	-2,638	1,114	,115	-5,62	,34
		Apego Temeroso	-2,552	1,139	,159	-5,60	,49
	Preocup.	Apego Seguro	3,129(*)	1,040	,018	,35	5,91
		Apego Resistente	2,638	1,114	,115	-,34	5,62
		Apego Temeroso	,086	1,053	1,000	-2,73	2,90
	Temeroso	Apego Seguro	3,042(*)	1,066	,030	,19	5,89
		Apego Resistente	2,552	1,139	,159	-,49	5,60
		Apego Preocupado	-,086	1,053	1,000	-2,90	2,73
S.. INTERP	Seguro	Apego Resistente	-,744	1,059	1,000	-3,58	2,09
		Apego Preocupado	-4,396(*)	,978	,000	-7,01	-1,78
		Apego Temeroso	-4,588(*)	1,002	,000	-7,27	-1,91
	Resistente	Apego Seguro	,744	1,059	1,000	-2,09	3,58
		Apego Preocupado	-3,652(*)	1,048	,004	-6,45	-,85
		Apego Temeroso	-3,844(*)	1,071	,003	-6,71	-,98
	Preocup.	Apego Seguro	4,396(*)	,978	,000	1,78	7,01
		Apego Resistente	3,652(*)	1,048	,004	,85	6,45
		Apego Temeroso	-,192	,991	1,000	-2,84	2,46
	Temeroso	Apego Seguro	4,588(*)	1,002	,000	1,91	7,27
		Apego Resistente	3,844(*)	1,071	,003	,98	6,71
		Apego Preocupado	,192	,991	1,000	-2,46	2,84
DEPRES.	Seguro	Apego Resistente	,819	1,284	1,000	-2,62	4,25
		Apego Preocupado	-3,225(*)	1,200	,048	-6,43	-,02
		Apego Temeroso	-3,032	1,224	,086	-6,31	,24
	Resistente	Apego Seguro	-,819	1,284	1,000	-4,25	2,62
		Apego Preocupado	-4,044(*)	1,284	,012	-7,48	-,61
		Apego Temeroso	-3,852(*)	1,306	,022	-7,35	-,36
	Preocup.	Apego Seguro	3,225(*)	1,200	,048	,02	6,43
		Apego Resistente	4,044(*)	1,284	,012	,61	7,48
		Apego Temeroso	,193	1,224	1,000	-3,08	3,47
	Temeroso	Apego Seguro	3,032	1,224	,086	-,24	6,31
		Apego Resistente	3,852(*)	1,306	,022	,36	7,35
		Apego Preocupado	-,193	1,224	1,000	-3,47	3,08
ANSIEDAD	Seguro	Apego Resistente	,481	1,100	1,000	-2,46	3,42
		Apego Preocupado	-3,230(*)	1,015	,011	-5,95	-,51

ANS. FÓB.	Resistente	Apego Temeroso	-2,568	1,048	,093	-5,37	,24
		Apego Seguro	-,481	1,100	1,000	-3,42	2,46
		Apego Preocupado	-3,711(*)	1,088	,005	-6,62	-,80
	Preocup.	Apego Temeroso	-3,050(*)	1,119	,043	-6,04	-,06
		Apego Seguro	3,230(*)	1,015	,011	,51	5,95
		Apego Resistente	3,711(*)	1,088	,005	,80	6,62
	Temeroso	Apego Temeroso	,662	1,036	1,000	-2,11	3,43
		Apego Seguro	2,568	1,048	,093	-,24	5,37
		Apego Resistente	3,050(*)	1,119	,043	,06	6,04
	Seguro	Apego Preocupado	-,662	1,036	1,000	-3,43	2,11
		Apego Resistente	,974	1,130	1,000	-2,05	4,00
		Apego Preocupado	-1,513	1,041	,889	-4,30	1,27
	Resistente	Apego Temeroso	-2,973(*)	1,061	,035	-5,81	-,14
		Apego Seguro	-,974	1,130	1,000	-4,00	2,05
		Apego Preocupado	-2,488	1,118	,166	-5,48	,50
	Preocup.	Apego Temeroso	-3,947(*)	1,137	,004	-6,99	-,91
		Apego Seguro	1,513	1,041	,889	-1,27	4,30
		Apego Resistente	2,488	1,118	,166	-,50	5,48
	Temeroso	Apego Temeroso	-1,460	1,048	,995	-4,26	1,34
		Apego Seguro	2,973(*)	1,061	,035	,14	5,81
		Apego Resistente	3,947(*)	1,137	,004	,91	6,99
ID PARA.	Seguro	Apego Preocupado	1,460	1,048	,995	-1,34	4,26
		Apego Resistente	-,988	,929	1,000	-3,47	1,50
		Apego Preocupado	-3,870(*)	,869	,000	-6,19	-1,55
	Resistente	Apego Temeroso	-3,822(*)	,886	,000	-6,19	-1,45
		Apego Seguro	,988	,929	1,000	-1,50	3,47
		Apego Preocupado	-2,881(*)	,924	,013	-5,35	-,41
	Preocup.	Apego Temeroso	-2,833(*)	,940	,018	-5,35	-,32
		Apego Seguro	3,870(*)	,869	,000	1,55	6,19
		Apego Resistente	2,881(*)	,924	,013	,41	5,35
	Temeroso	Apego Temeroso	,048	,881	1,000	-2,31	2,40
		Apego Seguro	3,822(*)	,886	,000	1,45	6,19
		Apego Resistente	2,833(*)	,940	,018	,32	5,35
PSICOTIC.	Seguro	Apego Preocupado	-,048	,881	1,000	-2,40	2,31
		Apego Resistente	-,278	,840	1,000	-2,52	1,97
		Apego Preocupado	-2,679(*)	,781	,005	-4,77	-,59
	Resistente	Apego Temeroso	-2,437(*)	,801	,017	-4,58	-,29
		Apego Seguro	,278	,840	1,000	-1,97	2,52
		Apego Preocupado	-2,401(*)	,831	,027	-4,62	-,18
	Preocup.	Apego Temeroso	-2,159	,850	,073	-4,43	,12
		Apego Seguro	2,679(*)	,781	,005	,59	4,77
		Apego Resistente	2,401(*)	,831	,027	,18	4,62
	Temeroso	Apego Temeroso	,243	,792	1,000	-1,87	2,36
		Apego Seguro	2,437(*)	,801	,017	,29	4,58
		Apego Resistente	2,159	,850	,073	-,12	4,43
PUNT TOT	Seguro	Apego Preocupado	-,243	,792	1,000	-2,36	1,87
		Apego Resistente	1,805	8,152	1,000	-20,03	23,64
		Apego Preocupado	-27,596(*)	7,599	,002	-47,95	-7,25
	Resistente	Apego Temeroso	-27,804(*)	7,813	,003	-48,73	-6,88
		Apego Seguro	-1,805	8,152	1,000	-23,64	20,03
		Apego Preocupado	-29,401(*)	8,056	,002	-50,98	-7,83
	Preocup.	Apego Temeroso	-29,609(*)	8,258	,003	-51,73	-7,49
		Apego Seguro	27,596(*)	7,599	,002	7,25	47,95
		Apego Resistente	29,401(*)	8,056	,002	7,83	50,98
	Temeroso	Apego Temeroso	-,207	7,712	1,000	-20,86	20,45
		Apego Seguro	27,804(*)	7,813	,003	6,88	48,73

Apego Resistente	29,609(*)	8,258	,003	7,49	51,73
Apego Preocupado	,207	7,712	1,000	-20,45	20,86

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8.36. Informe de Medias y D.T. de los estilos de apego en función del DTS

Estilo de apego		PUNT. TOTAL DTS (FR y GR)	INTRUSION (GR Y FR)	EVITACIÓN (GR Y FR)	HIPERACTI- VACIÓN (GR Y FR)
Apego Seguro	Media	51,58	16,46	19,20	17,31
	N	38	39	40	39
	Desv. típ.	27,909	8,398	13,154	10,204
Apego Resistente	Media	42,65	12,00	17,13	13,52
	N	31	31	31	31
	Desv. típ.	27,091	8,528	11,509	9,976
Apego Preocupado	Media	63,64	17,74	25,21	20,69
	N	42	42	42	42
	Desv. típ.	29,351	9,615	12,516	10,122
Apego Temeroso	Media	64,59	17,46	24,70	22,43
	N	37	37	37	37
	Desv. típ.	31,017	10,590	13,701	9,957
Total	Media	56,39	16,14	21,81	18,74
	N	148	149	150	149
	Desv. típ.	29,992	9,514	13,121	10,495

Tabla 8.37. ANOVA de Estilos de apego x DTS

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
PUNT. TOTAL DTS * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	11436,126	3	3812,042	4,544	,004
	Intra-grupos		120792,922	144	838,840		
	Total		132229,047	147			
INTRUSIÓN * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	707,040	3	235,680	2,693	,048
	Intra-grupos		12689,001	145	87,510		
	Total		13396,040	148			
EVITACIÓN * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	1748,088	3	582,696	3,559	,016
	Intra-grupos		23902,685	146	163,717		
	Total		25650,773	149			
HIPERACTIVAC. * Estilo de apego	Inter-grupos	(Combinadas)	1590,202	3	530,067	5,224	,002
	Intra-grupos		14712,107	145	101,463		
	Total		16302,309	148			

Tabla 8.38: Comparaciones múltiples (Bonferroni) para Estilos de apego x DTS

Variable dependiente	(I) Estilo de apego	(J) Estilo de apego	Dif. medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
						Límite sup	Límite inf
PUNT. TOTAL DTS (FR y GR)	Apego Seguro	Apego Resistente	8,934	7,010	1,000	-9,82	27,69
		Apego Preocupado	-12,064	6,484	,389	-29,41	5,28
		Apego Temeroso	-13,016	6,689	,322	-30,91	4,88
	Apego Resistente	Apego Seguro	-8,934	7,010	1,000	-27,69	9,82
		Apego Preocupado	-20,99(*)	6,858	,016	-39,34	-2,65
		Apego Temeroso	-21,94(*)	7,052	,013	-40,81	-3,08
	Apego Preocupado	Apego Seguro	12,064	6,484	,389	-5,28	29,41
		Apego Resistente	20,998(*)	6,858	,016	2,65	39,34
		Apego Temeroso	-,952	6,530	1,000	-18,42	16,52
	Apego Temeroso	Apego Seguro	13,016	6,689	,322	-4,88	30,91
		Apego Resistente	21,949(*)	7,052	,013	3,08	40,81
		Apego Preocupado	,952	6,530	1,000	-16,52	18,42
HIPERACTIVACIÓN (GR Y FR)	Apego Seguro	Apego Resistente	3,792	2,424	,720	-2,69	10,27
		Apego Preocupado	-3,383	2,240	,799	-9,37	2,61
		Apego Temeroso	-5,125	2,312	,169	-11,31	1,06
	Apego Resistente	Apego Seguro	-3,792	2,424	,720	-10,27	2,69
		Apego Preocupado	-7,174(*)	2,385	,019	-13,55	-,79
		Apego Temeroso	-8,916(*)	2,453	,002	-15,48	-2,36
	Apego Preocupado	Apego Seguro	3,383	2,240	,799	-2,61	9,37
		Apego Resistente	7,174(*)	2,385	,019	,79	13,55
		Apego Temeroso	-1,742	2,271	1,000	-7,82	4,33
	Apego Temeroso	Apego Seguro	5,125	2,312	,169	-1,06	11,31
		Apego Resistente	8,916(*)	2,453	,002	2,36	15,48
		Apego Preocupado	1,742	2,271	1,000	-4,33	7,82

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8.39. Informe de Medias y D.T. de los Estilos de apego x PFQ-2

Estilo de apego		Vergüenza	Culpa	Puntuación total
Apego Seguro	Media	14,26	12,56	26,63
	N	39	39	38
	Desv. típ.	6,488	5,447	11,231
Apego Resistente	Media	14,32	10,35	24,68
	N	31	31	31
	Desv. típ.	7,300	5,642	11,881
Apego Preocupado	Media	20,24	14,10	34,36
	N	41	40	39
	Desv. típ.	6,526	4,645	9,672
Apego Temeroso	Media	20,81	13,00	33,80
	N	36	36	35
	Desv. típ.	7,859	4,043	9,603
Total	Media	17,54	12,62	30,07
	N	147	146	143
	Desv. típ.	7,625	5,084	11,305

Tabla 8.40. ANOVA de Estilos de Apego x PFQ-2

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Vergüenza	Inter-grupos	1425,053	3	475,018	9,617	,000
	Intra-grupos	7063,410	143	49,394		
	Total	8488,463	146			
Culpa	Inter-grupos	251,994	3	83,998	3,412	,019
	Intra-grupos	3496,287	142	24,622		
	Total	3748,281	145			
Punt. total	Inter-grupos	2555,110	3	851,703	7,593	,000
	Intra-grupos	15592,191	139	112,174		
	Total	18147,301	142			

Tabla 8.41. Comparaciones múltiples (Bonferroni) entre Estilos de apego y PFQ-2

Variable dependiente	(I) Estilo de apego	(J) Estilo de apego	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
						Límite sup	Límite inf
Vergüenza	Apego Seguro	Apego Resistente	-,066	1,691	1,000	-4,59	4,46
		Apego Preocupado	-5,987(*)	1,572	,001	-10,19	-1,78
		Apego Temeroso	-6,549(*)	1,624	,001	-10,90	-2,20
	Apego Resistente	Apego Seguro	,066	1,691	1,000	-4,46	4,59
		Apego Preocupado	-5,921(*)	1,673	,003	-10,40	-1,45
		Apego Temeroso	-6,483(*)	1,722	,001	-11,09	-1,88
	Apego Preocupado	Apego Seguro	5,987(*)	1,572	,001	1,78	10,19
		Apego Resistente	5,921(*)	1,673	,003	1,45	10,40
		Apego Temeroso	-,562	1,605	1,000	-4,86	3,73
	Apego Temeroso	Apego Seguro	6,549(*)	1,624	,001	2,20	10,90
		Apego Resistente	6,483(*)	1,722	,001	1,88	11,09
		Apego Preocupado	,562	1,605	1,000	-3,73	4,86
Culpa	Apego Seguro	Apego Resistente	2,209	1,194	,398	-,99	5,40
		Apego Preocupado	-1,536	1,117	1,000	-4,52	1,45
		Apego Temeroso	-,436	1,147	1,000	-3,50	2,63
	Apego Resistente	Apego Seguro	-2,209	1,194	,398	-5,40	,99
		Apego Preocupado	-3,745(*)	1,187	,012	-6,92	-,57
		Apego Temeroso	-2,645	1,216	,187	-5,90	,61
	Apego Preocupado	Apego Seguro	1,536	1,117	1,000	-1,45	4,52
		Apego Resistente	3,745(*)	1,187	,012	,57	6,92
		Apego Temeroso	1,100	1,140	1,000	-1,95	4,15
	Apego Temeroso	Apego Seguro	,436	1,147	1,000	-2,63	3,50
		Apego Resistente	2,645	1,216	,187	-,61	5,90
		Apego Preocupado	-1,100	1,140	1,000	-4,15	1,95
Punt. total	Apego Seguro	Apego Resistente	1,954	2,563	1,000	-4,91	8,81
		Apego Preocupado	-7,727(*)	2,414	,010	-14,19	-1,27
		Apego Temeroso	-7,168(*)	2,481	,027	-13,81	-,53
	Apego Resistente	Apego Seguro	-1,954	2,563	1,000	-8,81	4,91
		Apego Preocupado	-9,682(*)	2,548	,001	-16,50	-2,86
		Apego Temeroso	-9,123(*)	2,612	,004	-16,11	-2,13
	Apego Preocupado	Apego Seguro	7,727(*)	2,414	,010	1,27	14,19
		Apego Resistente	9,682(*)	2,548	,001	2,86	16,50
		Apego Temeroso	,559	2,466	1,000	-6,04	7,16
	Apego Temeroso	Apego Seguro	7,168(*)	2,481	,027	,53	13,81
		Apego Resistente	9,123(*)	2,612	,004	2,13	16,11
		Apego Preocupado	-,559	2,466	1,000	-7,16	6,04

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8.42. Informe de Medias y D.T. en Estilos de apego x MARA-R

Estilo de apego		Familia de origen	Pareja y f.c.	Auto-percep.	Punt. total
Apego Seguro	Media	58,89	44,11	68,97	173,97
	N	37	38	38	36
	Desv. típ.	20,160	22,336	11,820	45,599
Apego Resistente	Media	53,53	41,97	66,85	159,88
	N	30	29	26	24
	Desv. típ.	17,332	19,972	14,479	33,750
Apego Preocupado	Media	49,66	37,11	50,77	136,29
	N	38	37	39	34
	Desv. típ.	18,412	16,153	12,760	32,165
Apego Temeroso	Media	45,97	37,56	57,41	138,17
	N	37	32	34	29
	Desv. típ.	17,914	18,386	13,184	30,888
Total	Media	51,92	40,21	60,52	152,37
	N	142	136	137	123
	Desv. típ.	18,985	19,388	14,883	39,734

Tabla 8.43. ANOVA de Estilos de apego x MARA-R

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Familia de origen	Inter-grupos	3379,588	3	1126,529	3,277	,023
	Intra-grupos	47438,560	138	343,758		
	Total	50818,148	141			
Pareja y Fam. C.	Inter-grupos	1246,248	3	415,416	1,108	,348
	Intra-grupos	49501,987	132	375,015		
	Total	50748,235	135			
Autopercepción	Inter-grupos	7792,688	3	2597,563	15,469	,000
	Intra-grupos	22333,517	133	167,921		
	Total	30126,204	136			
Punt. total	Inter-grupos	32783,743	3	10927,914	8,136	,000
	Intra-grupos	159828,794	119	1343,099		
	Total	192612,537	122			

Tabla 8.44. Comparaciones múltiples (Bonferroni) entre Estilo de apego x MARA-R

Variable dependiente	(I) Estilo de apego	(J) Estilo de apego	Dif. de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC al 95%	
						Límite sup	Límite inf
Familia de origen	Apego Seguro	Apego Resistente	5,359	4,555	1,000	-6,83	17,55
		Apego Preocupado	9,234	4,282	,197	-2,23	20,70
		Apego Temeroso	12,919(*)	4,311	,019	1,38	24,46
	Apego Resistente	Apego Seguro	-5,359	4,555	1,000	-17,55	6,83
		Apego Preocupado	3,875	4,528	1,000	-8,25	16,00
		Apego Temeroso	7,560	4,555	,595	-4,63	19,75
	Apego Preocupado	Apego Seguro	-9,234	4,282	,197	-20,70	2,23
		Apego Resistente	-3,875	4,528	1,000	-16,00	8,25
		Apego Temeroso	3,685	4,282	1,000	-7,78	15,15
	Apego Temeroso	Apego Seguro	-12,919(*)	4,311	,019	-24,46	-1,38
		Apego Resistente	-7,560	4,555	,595	-19,75	4,63
		Apego Preocupado	-3,685	4,282	1,000	-15,15	7,78
Autopercepción	Apego Seguro	Apego Resistente	2,128	3,298	1,000	-6,71	10,96
		Apego Preocupado	18,204(*)	2,954	,000	10,29	26,12
		Apego Temeroso	11,562(*)	3,059	,001	3,37	19,75
	Apego Resistente	Apego Seguro	-2,128	3,298	1,000	-10,96	6,71
		Apego Preocupado	16,077(*)	3,281	,000	7,29	24,86
		Apego Temeroso	9,434(*)	3,376	,036	,39	18,48
	Apego Preocupado	Apego Seguro	-18,204(*)	2,954	,000	-26,12	-10,29
		Apego Resistente	-16,077(*)	3,281	,000	-24,86	-7,29
		Apego Temeroso	-6,643	3,040	,184	-14,79	1,50
	Apego Temeroso	Apego Seguro	-11,562(*)	3,059	,001	-19,75	-3,37
		Apego Resistente	-9,434(*)	3,376	,036	-18,48	-,39
		Apego Preocupado	6,643	3,040	,184	-1,50	14,79
Punt. Total	Apego Seguro	Apego Resistente	14,097	9,658	,882	-11,82	40,01
		Apego Preocupado	37,678(*)	8,764	,000	14,16	61,19
		Apego Temeroso	35,800(*)	9,145	,001	11,26	60,34
	Apego Resistente	Apego Seguro	-14,097	9,658	,882	-40,01	11,82
		Apego Preocupado	23,581	9,771	,104	-2,63	49,80
		Apego Temeroso	21,703	10,113	,203	-5,43	48,84
	Apego Preocupado	Apego Seguro	-37,678(*)	8,764	,000	-61,19	-14,16
		Apego Resistente	-23,581	9,771	,104	-49,80	2,63
		Apego Temeroso	-1,878	9,264	1,000	-26,73	22,98
	Apego Temeroso	Apego Seguro	-35,800(*)	9,145	,001	-60,34	-11,26
		Apego Resistente	-21,703	10,113	,203	-48,84	5,43
		Apego Preocupado	1,878	9,264	1,000	-22,98	26,73

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Tabla 8.45. ANOVA del Modelo de Regresión por bloques o jerárquico para psicopatología

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	5527,977	2	2763,989	2,072	,131 ^b
	Residuo	150715,221	113	1333,763		
	Total	156243,198	115			
2	Regresión	8428,043	4	2107,011	1,582	,184 ^c
	Residuo	147815,155	111	1331,668		
	Total	156243,198	115			
3	Regresión	18319,734	6	3053,289	2,413	,031 ^d
	Residuo	137923,464	109	1265,353		
	Total	156243,198	115			
4	Regresión	61153,872	8	7644,234	8,602	,000 ^e
	Residuo	95089,326	107	888,685		
	Total	156243,198	115			
5	Regresión	76980,992	10	7698,099	10,198	,000 ^f
	Residuo	79262,206	105	754,878		
	Total	156243,198	115			
6	Regresión	85666,442	12	7138,870	10,418	,000 ^g
	Residuo	70576,757	103	685,211		
	Total	156243,198	115			

a. Variable dependiente: PUNTUACION TOTAL DEL SA-45

b. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias

c. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual

d. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia

e. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia - T, Evitación , Ansiedad

f. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia - T, Evitación , Ansiedad , RESILIENCIA - SATISFACCION DE UNO MISMO Y DE LA VIDA, RESILIENCIA-COMPETENCIA PERSONAL

g. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia - T, Evitación , Ansiedad , RESILIENCIA - SATISFACCION DE UNO MISMO Y DE LA VIDA, RESILIENCIA-COMPETENCIA PERSONAL, AFRONTAMIENTO RACIONAL, AFRONTAMIENTO EMOCIONAL

*Tabla 8.46. Coeficientes de Regresión por bloques o jerárquica para Psicopatología
(Variable Dependiente: Puntuación total del SA-45)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coef. Estándar.	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	65,667	15,553		4,222	,000	34,853	96,480
Edad de las usuarias	-,378	,418	-,093	-,903	,368	-1,206	,451
nº de hijos / hijas	7,780	3,822	,210	2,036	,044	,209	15,352
2 (Constante)	55,658	17,677		3,149	,002	20,630	90,686
Edad de las usuarias	-,420	,421	-,104	-,999	,320	-1,253	,413
nº de hijos / hijas	7,645	3,821	,207	2,001	,048	,073	15,217
Presencia de violencia física	7,762	9,163	,078	,847	,399	-10,394	25,919
Presencia de violencia sexual	8,534	7,103	,112	1,201	,232	-5,541	22,610
3 (Constante)	34,845	19,169		1,818	,072	-3,148	72,837
Edad de las usuarias	-,527	,428	-,130	-1,230	,221	-1,376	,322
nº de hijos / hijas	2,783	4,196	,075	,663	,509	-5,533	11,099
Presencia de violencia física	8,190	9,039	,083	,906	,367	-9,724	26,104
Presencia de violencia sexual	7,028	6,996	,092	1,005	,317	-6,837	20,893
Continúa relación?	18,515	10,222	,169	1,811	,073	-1,744	38,775
Duración de la relación	9,882	5,120	,218	1,930	,056	-,266	20,029
4 (Constante)	90,493	30,802		2,938	,004	29,431	151,555
Edad de las usuarias	-,510	,360	-,126	-1,414	,160	-1,224	,205
nº de hijos / hijas	5,351	3,546	,145	1,509	,134	-1,678	12,380
Presencia de violencia física	4,888	7,612	,049	,642	,522	-10,203	19,979
Presencia de violencia sexual	7,451	5,864	,098	1,271	,207	-4,173	19,075
Continúa relación?	14,767	8,619	,135	1,713	,090	-2,320	31,854
Duración de la relación	6,004	4,333	,132	1,386	,169	-2,586	14,594
Ansiedad	2,187	,652	,281	3,356	,001	,895	3,479
Evitación	-2,266	,538	-,352	-4,210	,000	-3,333	-1,199
5 (Constante)	163,669	33,737		4,851	,000	96,774	230,563
Edad de las usuarias	-,500	,336	-,124	-1,491	,139	-1,166	,165
nº de hijos / hijas	4,997	3,305	,135	1,512	,134	-1,557	11,551
Presencia de violencia física	3,956	7,024	,040	,563	,574	-9,971	17,883
Presencia de violencia sexual	6,036	5,459	,079	1,106	,271	-4,788	16,860
Continúa relación?	11,171	7,987	,102	1,399	,165	-4,666	27,008
Duración de la relación	5,102	3,999	,112	1,276	,205	-2,826	13,031
Ansiedad	1,382	,627	,178	2,203	,030	,138	2,626
Evitación	-2,068	,498	-,321	-4,152	,000	-3,055	-1,080
R-COMP. PERS.	-,150	,234	-,063	-,640	,524	-,614	,314
R-SATISF. VIDA	-1,316	,429	-,299	-3,072	,003	-2,166	-,467
6 (Constante)	113,524	35,260		3,220	,002	43,594	183,453
Edad de las usuarias	-,468	,322	-,116	-1,456	,148	-1,106	,169
nº de hijos / hijas	4,752	3,167	,129	1,500	,137	-1,530	11,034
Presencia de violencia físic	1,316	6,733	,013	,195	,845	-12,038	14,670

Presencia de violencia sexual	9,025	5,292	,118	1,705	,091	-1,471	19,520
Continúa relación?	9,085	7,698	,083	1,180	,241	-6,182	24,351
Duración de la relación	5,659	3,825	,125	1,479	,142	-1,927	13,245
Ansiedad	,793	,620	,102	1,278	,204	-,437	2,023
Evitación	-1,737	,489	-,269	-3,548	,001	-2,707	-,766
R-COMP. PERS.	-,133	,223	-,056	-,594	,554	-,576	,310
R-SATISF. VIDA	-,996	,429	-,226	-2,319	,022	-1,847	-,144
AFR. RACIONAL	,024	,332	,005	,073	,942	-,634	,683
AFR. EMOCIONAL	1,930	,552	,286	3,496	,001	,835	3,025

Tabla 8.47. ANOVA del Modelo de Regresión por bloques o jerárquico para psicopatología

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	1566,782	2	783,391	,886	,415 ^b
Residuo	105200,038	119	884,034		
Total	106766,820	121			
2 Regresión	6365,169	4	1591,292	1,854	,123 ^c
Residuo	100401,651	117	858,134		
Total	106766,820	121			
3 Regresión	7837,058	6	1306,176	1,518	,178 ^d
Residuo	98929,761	115	860,259		
Total	106766,820	121			
4 Regresión	20488,172	8	2561,022	3,354	,002 ^e
Residuo	86278,647	113	763,528		
Total	106766,820	121			
5 Regresión	26766,484	10	2676,648	3,714	,000 ^f
Residuo	80000,335	111	720,724		
Total	106766,820	121			
6 Regresión	34031,152	12	2835,929	4,250	,000 ^g
Residuo	72735,667	109	667,300		
Total	106766,820	121			

a. Variable dependiente: PUNTUACION TOTAL DEL DTS

b. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias

c. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual

d. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia

e. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia - T, Evitación , Ansiedad

f. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia - T, Evitación , Ansiedad , RESILIENCIA - SATISFACCION DE UNO MISMO Y DE LA VIDA, RESILIENCIA-COMPETENCIA PERSONAL

g. Predictores: (Constante), nº de hijos / hijas , Edad de las usuarias , Presencia de violencia física, Presencia de violencia sexual, En la actualidad continúa la relación de pareja violenta?, Duración de la relación de pareja violenta desde que comenzó la violencia - T, Evitación , Ansiedad , RESILIENCIA - SATISFACCION DE UNO MISMO Y DE LA VIDA, RESILIENCIA-COMPETENCIA PERSONAL, AFRONTAMIENTO RACIONAL, AFRONTAMIENTO EMOCIONAL

*Tabla 8.48. Coeficientes de Regresión por bloques o jerárquica para Psicopatología
(Variable Dependiente: Puntuación total del DTS)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coef. Estándar.	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	57,527	12,497		4,603	,000	32,782	82,273
Edad de las usuarias	-,191	,334	-,058	-,573	,568	-,853	,470
nº de hijos / hijas	4,030	3,027	,134	1,331	,186	-1,964	10,024
2 (Constante)	44,152	14,010		3,151	,002	16,405	71,898
Edad de las usuarias	-,225	,331	-,068	-,679	,498	-,879	,430
nº de hijos / hijas	3,672	2,987	,122	1,229	,221	-2,243	9,587
Presencia de violencia física	10,661	7,331	,131	1,454	,149	-3,857	25,179
Presencia de violencia sexual	9,932	5,535	,162	1,794	,075	-1,030	20,894
3 (Constante)	35,533	15,547		2,286	,024	4,738	66,328
Edad de las usuarias	-,283	,343	-,085	-,824	,412	-,962	,397
nº de hijos / hijas	1,500	3,425	,050	,438	,662	-5,285	8,284
Presencia de violencia física	10,414	7,430	,128	1,401	,164	-4,305	25,132
Presencia de violencia sexual	9,384	5,609	,153	1,673	,097	-1,726	20,494
Continúa relación?	4,587	8,219	,052	,558	,578	-11,692	20,867
Duración de la relación	4,587	4,018	,127	1,142	,256	-3,371	12,545
4 (Constante)	69,511	28,412		2,447	,016	13,222	125,801
Edad de las usuarias	-,265	,324	-,080	-,820	,414	-,907	,376
nº de hijos / hijas	3,004	3,258	,100	,922	,358	-3,450	9,458
Presencia de violencia física	9,186	7,011	,113	1,310	,193	-4,704	23,077
Presencia de violencia sexual	8,273	5,295	,135	1,562	,121	-2,218	18,763
Continúa relación?	1,767	7,814	,020	,226	,821	-13,714	17,249
Duración de la relación	2,238	3,838	,062	,583	,561	-5,365	9,841
Ansiedad	1,102	,611	,171	1,802	,074	-,109	2,313
Evitación	-1,266	,497	-,242	-2,546	,012	-2,252	-,281

5	(Constante)	112,072	32,186		3,482	,001	48,294	175,850
	Edad de las usuarias	-,263	,317	-,079	-,828	,410	-,891	,366
	nº de hijos / hijas	3,031	3,193	,101	,949	,345	-3,296	9,357
	Presencia de violencia física	8,121	6,830	,100	1,189	,237	-5,413	21,654
	Presencia de violencia sexual	7,918	5,188	,129	1,526	,130	-2,362	18,197
	Continúa relación?	-,738	7,643	-,008	-,097	,923	-15,883	14,407
	Duración de la relación	1,872	3,732	,052	,502	,617	-5,523	9,266
	Ansiedad	,624	,616	,097	1,013	,313	-,596	1,844
	Evitación	-1,178	,484	-,225	-2,432	,017	-2,137	-,218
	R-COMP. PERS.	-,026	,225	-,013	-,117	,907	-,472	,420
	R-SATISF. VIDA	-,894	,422	-,251	-2,119	,036	-1,730	-,058
6	(Constante)	72,195	33,543		2,152	,034	5,715	138,676
	Edad de las usuarias	-,263	,306	-,079	-,859	,392	-,870	,344
	nº de hijos / hijas	2,797	3,104	,093	,901	,370	-3,355	8,948
	Presencia de violencia físic	6,052	6,602	,074	,917	,361	-7,032	19,136
	Presencia de violencia sexual	10,955	5,088	,179	2,153	,034	,871	21,038
	Continúa relación?	-3,131	7,422	-,036	-,422	,674	-17,842	11,579
	Duración de la relación	2,416	3,608	,067	,670	,505	-4,735	9,567
	Ansiedad	,058	,617	,009	,094	,926	-1,165	1,280
	Evitación	-,940	,480	-,180	-1,957	,053	-1,892	,012
	R-COMP. PERS.	,006	,217	,003	,028	,978	-,425	,437
	R-SATISF. VIDA	-,634	,421	-,178	-1,505	,135	-1,469	,201
	AFR. RACIONAL	-,072	,320	-,020	-,226	,821	-,707	,562
	AFR. EMOCIONAL	1,720	,525	,314	3,275	,001	,679	2,761

Tabla 8.49. Correlaciones entre Violencia y Apego ($N = 151$, Coeficiente de Pearson)

	Ítem Seguro	Ítem Distante	Ítem Preocupado	Ítem Temeroso	Ansiedad	Evitación	Duración total relación	Duración relación violenta	Frec. V. Física	Frec. V. Psicológica	Frec. V. Sexual	Gravedad V. Física	Gravedad V. Psicológica	Gravedad V. Sexual
Ítem Seguro	1	,303(**)	-,239(**)	-,350(**)	-,103	,245(**)	-,036	-,031	-,074	-,135	-,024	-,032	,002	-,019
Ítem Distante	,303(**)	1	-,093	,072	-,205(*)	-,054	,018	-,017	,002	,073	,006	,050	,053	-,103
Ítem Preocupado	-,239(**)	-,093	1	,412(**)	,431(**)	-,254(**)	,223(**)	,204(*)	,094	,028	-,020	,024	,025	-,018
Ítem Temeroso	-,350(**)	,072	,412(**)	1	,326(**)	-,354(**)	,103	,104	,230(**)	,082	,042	,160(*)	,083	,053
Ansiedad	-,103	-,205(*)	,431(**)	,326(**)	1	-,387(**)	,162(*)	,141	,141	-,035	,017	,060	,039	,069
Evitación	,245(**)	-,054	-,254(**)	-,354(**)	-,387(**)	1	-,014	-,013	-,189(*)	-,007	-,088	-,161	-,037	-,097
Duración total rel.	-,036	,018	,223(**)	,103	,162(*)	-,014	1	,944(**)	,008	,051	-,023	-,004	,135	,055
Duración rel. violenta	-,031	-,017	,204(*)	,104	,141	-,013	,944(**)	1	,070	,090	,059	,047	,188(*)	,132
Frec. V. Física	-,074	,002	,094	,230(**)	,141	-,189(*)	,008	,070	1	,139	,249(**)	,641(**)	,273(**)	,239(**)
Frec. V. Psicológica	-,135	,073	,028	,082	-,035	-,007	,051	,090	,139	1	,178(*)	,182(*)	,330(**)	,149
Frec. V. Sexual	-,024	,006	-,020	,042	,017	-,088	-,023	,059	,249(**)	,178(*)	1	,162(*)	,216(**)	,739(**)
Gravedad V. Física	-,032	,050	,024	,160(*)	,060	-,161	-,004	,047	,641(**)	,182(*)	,162(*)	1	,476(**)	,259(**)
Gravedad V. Psicológica	,002	,053	,025	,083	,039	-,037	,135	,188(*)	,273(**)	,330(**)	,216(**)	,476(**)	1	,403(**)
Gravedad V. Sexual	-,019	-,103	-,018	,053	,069	-,097	,055	,132	,239(**)	,149	,739(**)	,259(**)	,403(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 8.50. Correlaciones entre Violencia y Resiliencia (N=151, Coeficiente de Pearson)

	Duración total relación	Duración relación violenta	Frec. V. Física	Frec. V. Psicológ	Frec. V. .Sex.	Gr Física	Gr. Psico.	Gr. Sexual	RESIL. TOTAL	CON- FIANZA	PERSE- VERAN- CIA	BIEN SOLO	ECUANI- MIDAD	SATISF. PERSON.	F.1. COMP. PERS.	F.2. SATIS. VIDA
Dur. total	1	,944(**)	,008	,051	-,023	-,004	,135	,055	-,053	-,006	-,029	,097	-,021	-,108	,022	-,070
Dur. violen	,944(**)	1	,070	,090	,059	,047	,188(*)	,132	-,069	-,015	-,035	,093	-,053	-,108	,015	-,088
Frec. Física	,008	,070	1	,139	,249(**)	,641(**)	,273(**)	,239(**)	-,158	-,034	-,132	,039	-,214(*)	-,114	-,037	-,187(*)
Frec. Psicol	,051	,090	,139	1	,178(*)	,182(*)	,330(**)	,149	,047	,036	,081	-,021	-,055	,147	,039	,054
Frec. Sex	-,023	,059	,249(**)	,178(*)	1	,162(*)	,216(**)	,739(**)	,028	,086	,038	,130	-,017	,039	,110	,012
Gr. Física	-,004	,047	,641(**)	,182(*)	,162(*)	1	,476(**)	,259(**)	-,128	-,115	-,102	-,066	-,185(*)	-,065	-,100	-,145
Gr. Psicol.	,135	,188(*)	,273(**)	,330(**)	,216(**)	,476(**)	1	,403(**)	-,031	,016	-,024	,040	-,077	,094	,017	,015
Gr. Sexual	,055	,132	,239(**)	,149	,739(**)	,259(**)	,403(**)	1	-,043	-,004	-,033	,066	-,060	-,008	,020	-,037
RESIL T.	-,053	-,069	-,158	,047	,028	-,128	-,031	-,043	1	,916(**)	,865(**)	,75(**)	,720(**)	,800(**)	,946(**)	,858(**)
CONFIAN	-,006	-,015	-,034	,036	,086	-,115	,016	-,004	,916(**)	1	,645(**)	,81(**)	,521(**)	,601(**)	,964(**)	,678(**)
PERSEV.	-,029	-,035	-,132	,081	,038	-,102	-,024	-,033	,865(**)	,645(**)	1	,39(**)	,466(**)	,549(**)	,773(**)	,575(**)
BIEN SOL	,097	,093	,039	-,021	,130	-,066	,040	,066	,751(**)	,819(**)	,395(**)	1	,398(**)	,317(**)	,856(**)	,466(**)
ECUANIM.	-,021	-,053	-,214(*)	-,055	-,017	-,185(*)	-,077	-,060	,720(**)	,521(**)	,466(**)	,39(**)	1	,547(**)	,525(**)	,876(**)
SAT. PERS.	-,108	-,108	-,114	,147	,039	-,065	,094	-,008	,800(**)	,601(**)	,549(**)	,31(**)	,547(**)	1	,580(**)	,883(**)
F1. C.P.	,022	,015	-,037	,039	,110	-,100	,017	,020	,946(**)	,964(**)	,773(**)	,85(**)	,525(**)	,580(**)	1	,657(**)
F.2. S.V.	-,070	-,088	-,187(*)	,054	,012	-,145	,015	-,037	,858(**)	,678(**)	,575(**)	,46(**)	,876(**)	,883(**)	,657(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.51. Correlaciones entre Violencia y Afrontamiento (N=151, Coeficiente de Pearson)

	Duración total relación	Duración relación violenta	Frec. V. Física	Frec. V. Psicológ	Frec. V. Sex.	Gr Física	Gr. Psico.	Gr. Sexual	BAS	FSP	REP	REL	EEA	AFN	EVT	AF. RAC.	AF. EMOC
Dur. total	1	,944**	,008	,051	-,023	-,004	,135	,055	-,045	-,053	-,165*	,084	,010	,126	-,095	-,041	,034
Dur. viole	,944**	1	,070	,090	,059	,047	,188*	,132	,000	-,049	-,157	,117	,022	,114	-,113	-,007	,025
Fr. Física	,008	,070	1	,139	,249**	,641**	,273**	,239**	-,023	-,112	-,147	-,019	,023	,202*	,037	-,108	,142
Frec. Psico	,051	,090	,139	1	,178*	,182*	,330**	,149	,003	-,044	,117	,086	,052	,040	,055	,062	,081
Frec. Sex	-,023	,059	,249**	,178*	1	,162*	,216**	,739**	-,088	-,107	-,115	-,068	-,044	-,011	-,166*	-,136	-,099
Gr. Física	-,004	,047	,641**	,182*	,162*	1	,476**	,259**	,024	-,054	-,124	-,039	,168*	,079	-,035	-,085	,093
Gr. Psicol.	,135	,188*	,273**	,330**	,216**	,476**	1	,403**	-,017	,026	-,217**	,088	,061	,077	-,028	-,029	,050
Gr. Sexual	,055	,132	,239**	,149	,739**	,259**	,403**	1	-,101	-,123	-,112	-,018	-,019	,003	-,226**	-,121	-,104
BAS	-,045	,000	-,023	,003	-,088	,024	-,017	-,101	1	,305**	,181*	,497**	,219**	-,072	,151	,756**	,129
FSP	-,053	-,049	-,112	-,044	-,107	-,054	,026	-,123	,305**	1	,387**	,123	-,024	-,342**	,110	,640**	-,151
REP	-,165*	-,157	-,147	,117	-,115	-,124	-,217**	-,112	,181*	,387**	1	,106	,052	-,353**	,393**	,578**	,018
REL	,084	,117	-,019	,086	-,068	-,039	,088	-,018	,497**	,123	,106	1	,168*	,135	,231**	,710**	,260**
EEA	,010	,022	,023	,052	-,044	,168*	,061	-,019	,219**	-,024	,052	,168*	1	,279**	,170*	,154	,652**
AFN	,126	,114	,202*	,040	-,011	,079	,077	,003	-,072	-,342**	-,353**	,135	,279**	1	,149	-,200*	,745**
EVT	-,095	-,113	,037	,055	-,166*	-,035	-,028	-,226**	,151	,110	,393**	,231**	,170*	,149	1	,331**	,673**
AF. RAC.	-,041	-,007	-,108	,062	-,136	-,085	-,029	-,121	,756**	,640**	,578**	,710**	,154	-,200*	,331**	1	,116
AF. EMOC.	,034	,025	,142	,081	-,099	,093	,050	-,104	,129	-,151	,018	,260**	,652**	,745**	,673**	,116	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.52. Correlaciones entre Violencia y SA-45 (N=151, Coeficiente de Pearson)

	Duración total relación	Duración relación violenta	Frec. V. Física	Frec. V. Psicológ.	Frec. V. Sexual	Gravedad V. Física	Gravedad V. Psico.	Gravedad V. Sexual	SOMAT.	OBSER. COMP	SENS. INTERP.	DEPRES.	ANS.	HOSTIL.	ANS. FOB.	ID. PARANO	PSICOT.	PUNT. TOTAL
Dur. total relación	1	,944**	,008	,051	-,023	-,004	,135	,055	,162*	,223**	,088	,174*	,149	,089	-,004	,101	,075	,164
Dur. Rel. violenta	,944**	1	,070	,090	,059	,047	,188*	,132	,196*	,261**	,113	,178*	,191*	,113	,002	,094	,086	,181*
Frec. V. Física	,008	,070	1	,139	,249**	,641**	,273**	,239**	,144	,312**	,282**	,241**	,267**	,174*	,234**	,228**	,169*	,265**
Frec. V. Psicológic	,051	,090	,139	1	,178*	,182*	,330**	,149	,037	,063	,144	,077	,132	,125	,167*	,119	,011	,128
Frec. V. Sexual	-,023	,059	,249**	,178*	1	,162*	,216**	,739**	,029	,014	,031	-,004	-,003	-,117	,047	-,060	-,065	-,034
Gravedad V. Física	-,004	,047	,641**	,182*	,162*	1	,476**	,259**	,104	,209**	,247**	,180*	,212**	,171*	,190*	,171*	,186*	,217**
Gravedad V. Psicoló	,135	,188*	,273**	,330**	,216**	,476**	1	,403**	,128	,119	,171*	,193*	,144	,154	,104	,091	,092	,160
Gravedad V. Sexual	,055	,132	,239**	,149	,739**	,259**	,403**	1	,163*	,078	,104	,108	,081	-,024	,121	,026	-,021	,074
SOMAT.	,162*	,196*	,144	,037	,029	,104	,128	,163*	1	,724**	,573**	,624**	,771**	,560**	,598**	,585**	,600**	,842**
OBS COMP	,223**	,261**	,312**	,063	,014	,209**	,119	,078	,724**	1	,595**	,669**	,881**	,565**	,632**	,609**	,597**	,865**
SENS. INTERP.	,088	,113	,282**	,144	,031	,247**	,171*	,104	,573**	,595**	1	,704**	,640**	,541**	,603**	,754**	,584**	,830**
DEPRES.	,174*	,178*	,241**	,077	-,004	,180*	,193*	,108	,624**	,669**	,704**	1	,775**	,501**	,578**	,611**	,539**	,841**
ANSIED.	,149	,191*	,267**	,132	-,003	,212**	,144	,081	,771**	,881**	,640**	,775**	1	,601**	,703**	,623**	,621**	,919**

HOSTIL.	,089	,113	,174*	,125	-,117	,171*	,154	-,024	,560**	,565**	,541**	,501**	,601**	1	,422**	,602**	,524**	,719**
ANS. FOB.	-,004	,002	,234**	,167*	,047	,190*	,104	,121	,598**	,632**	,603**	,578**	,703**	,422**	1	,563**	,556**	,782**
ID. PARAN	,101	,094	,228**	,119	-,060	,171*	,091	,026	,585**	,609**	,754**	,611**	,623**	,602**	,563**	1	,619**	,803**
PSICOT.	,075	,086	,169*	,011	-,065	,186*	,092	-,021	,600**	,597**	,584**	,539**	,621**	,524**	,556**	,619**	1	,769**
PUNT.TOT	,164	,181*	,265**	,128	-,034	,217*	,160	,074	,842**	,865**	,830**	,841**	,919**	,719**	,782**	,803**	,769**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral. * La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.53. Correlaciones entre Violencia y Estrés Postraumático-DTS (N=151, Coeficiente de Pearson)

	Duración total relación	Duración relación violenta	Frec. V. Física	Frec. V. Psicológica	Frec. V. Sexual	Gravedad V. Física	Gravedad V. Psicológica	Gravedad V. Sexual	Punt. Total DTS	Intrusión Total	Evitación Total	Hiperactivación Total
Duración total rel.	1	,944(**)	,008	,051	-,023	-,004	,135	,055	,069	,041	,040	,122
Duración rel. violenta	,944(**)	1	,070	,090	,059	,047	,188(*)	,132	,102	,089	,066	,142
Frec. V. Física	,008	,070	1	,139	,249(**)	,641(**)	,273(**)	,239(**)	,243(**)	,248(**)	,182(*)	,228(**)
Frec. V. Psicológica	,051	,090	,139	1	,178(*)	,182(*)	,330(**)	,149	,110	,049	,095	,046
Frec. V. Sexual	-,023	,059	,249(**)	,178(*)	1	,162(*)	,216(**)	,739(**)	,131	,143	,092	,119
Gravedad V. Física	-,004	,047	,641(**)	,182(*)	,162(*)	1	,476(**)	,259(**)	,243(**)	,184(*)	,194(*)	,256(**)
Gravedad V. Psicológica	,135	,188(*)	,273(**)	,330(**)	,216(**)	,476(**)	1	,403(**)	,149	,075	,155	,108
Gravedad V. Sexual	,055	,132	,239(**)	,149	,739(**)	,259(**)	,403(**)	1	,211(*)	,202(*)	,193(*)	,161
Puntuación Total DTS	,069	,102	,243(**)	,110	,131	,243(**)	,149	,211(*)	1	,880(**)	,929(**)	,900(**)
Intrusión Total	,041	,089	,248(**)	,049	,143	,184(*)	,075	,202(*)	,880(**)	1	,725(**)	,704(**)
Evitación Total	,040	,066	,182(*)	,095	,092	,194(*)	,155	,193(*)	,929(**)	,725(**)	1	,750(**)
Hiperactivación Total	,122	,142	,228(**)	,046	,119	,256(**)	,108	,161	,900(**)	,704(**)	,750(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral. * La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.54. Correlaciones entre Violencia y Sentimientos de Culpa y Vergüenza-PFQ-2 (N=151, Coeficiente de Pearson)

	Duración total relación	Duración relación violenta	Frec. V. Física	Frec. V. Psicológica	Frec. V. Sexual	Gravedad V. Física	Gravedad V. Psicológica	Gravedad V. Sexual	Punt. Tot. PFQ-2	VERGÜENZA	CULPA
Duración total rel.	1	,944(**)	,008	,051	-,023	-,004	,135	,055	,188(*)	,168(*)	,222(**)
Duración rel. violenta	,944(**)	1	,070	,090	,059	,047	,188(*)	,132	,232(**)	,225(**)	,270(**)
Frec. V. Física	,008	,070	1	,139	,249(**)	,641(**)	,273(**)	,239(**)	,230(**)	,151	,225(**)
Frec. V. Psicológica	,051	,090	,139	1	,178(*)	,182(*)	,330(**)	,149	,144	,183(*)	,183(*)
Frec. V. Sexual	-,023	,059	,249(**)	,178(*)	1	,162(*)	,216(**)	,739(**)	,120	,154	,162
Gravedad V. Física	-,004	,047	,641(**)	,182(*)	,162(*)	1	,476(**)	,259(**)	,195(*)	,178(*)	,210(*)
Gravedad V. Psicológica	,135	,188(*)	,273(**)	,330(**)	,216(**)	,476(**)	1	,403(**)	,182(*)	,200(*)	,214(*)
Gravedad V. Sexual	,055	,132	,239(**)	,149	,739(**)	,259(**)	,403(**)	1	,153	,185(*)	,195(*)
Puntuación Total PFQ	,188(*)	,232(**)	,230(**)	,144	,120	,195(*)	,182(*)	,153	1	,559(**)	,926(**)
VERGÜENZA	,168(*)	,225(**)	,151	,183(*)	,154	,178(*)	,200(*)	,185(*)	,559(**)	1	,830(**)
CULPA	,222(**)	,270(**)	,225(**)	,183(*)	,162	,210(*)	,214(*)	,195(*)	,926(**)	,830(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.55. Correlaciones entre Violencia y Ajuste Personal -MARA-R (N=151, Coeficiente de Pearson)

	Duración total relación	Duración relación violenta	Frec. V. Física	Frec. V. Psicológica	Frec. V. Sexual	Gravedad V. Física	Gravedad V. Psicológica	Gravedad V. Sexual	FAMILIA DE ORIGEN	PAREJA	AUTOPERCEP- CIÓN	PUNT. TOTAL MARA
Duración total rel.	1	,944(**)	,008	,051	-,023	-,004	,135	,055	,137	-,196(*)	-,103	-,066
Duración rel. violenta	,944(**)	1	,070	,090	,059	,047	,188(*)	,132	,082	-,250(**)	-,138	-,142
Frec. V. Física	,008	,070	1	,139	,249(**)	,641(**)	,273(**)	,239(**)	-,080	-,014	-,020	-,039
Frec. V. Psicológica	,051	,090	,139	1	,178(*)	,182(*)	,330(**)	,149	-,113	-,232(**)	-,109	-,232(**)
Frec. V. Sexual	-,023	,059	,249(**)	,178(*)	1	,162(*)	,216(**)	,739(**)	-,047	-,048	-,100	-,108
Gravedad V. Física	-,004	,047	,641(**)	,182(*)	,162(*)	1	,476(**)	,259(**)	-,108	-,168	-,035	-,157
Gravedad V. Psicológic	,135	,188(*)	,273(**)	,330(**)	,216(**)	,476(**)	1	,403(**)	-,111	-,189(*)	-,120	-,222(*)
Gravedad V. Sexual	,055	,132	,239(**)	,149	,739(**)	,259(**)	,403(**)	1	-,112	-,142	-,169(*)	-,200(*)
FAMILIA DE ORIGEN	,137	,082	-,080	-,113	-,047	-,108	-,111	-,112	1	,234(**)	,501(**)	,785(**)
PAREJA	-,196(*)	-,250(**)	-,014	-,232(**)	-,048	-,168	-,189(*)	-,142	,234(**)	1	,317(**)	,728(**)
AUTOPERCEPCIÓN	-,103	-,138	-,020	-,109	-,100	-,035	-,120	-,169(*)	,501(**)	,317(**)	1	,759(**)
PUNT. TOTAL MARA	-,066	-,142	-,039	-,232(**)	-,108	-,157	-,222(*)	-,200(*)	,785(**)	,728(**)	,759(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.56. Correlaciones entre Dimensiones de apego-AAS y Resiliencia-RS (N=151, Coeficiente de Pearson)

	Ans AAS	Evit AAS	RESIL. Total	CONFIAN. EN SÍ- MISMO	PERSEVE- RANCIA	SENTIRSE BIEN SOLO	ECUANI- MIDAD	SATISF. PERSON.	F1. COMP. PERSON.	F2. SATISF. VIDA
Ansiedad	1	-,387(**)	-,288(**)	-,141	-,196(*)	-,078	-,173(*)	-,278(**)	-,166(*)	-,266(**)
Evitación	-,387(**)	1	,171	,168(*)	,066	,115	,141	,186(*)	,133	,194(*)
RES. Total	-,288(**)	,171	1	,916(**)	,865(**)	,751(**)	,720(**)	,800(**)	,946(**)	,858(**)
CONFIANZ.	-,141	,168(*)	,916(**)	1	,645(**)	,819(**)	,521(**)	,601(**)	,964(**)	,678(**)
PERSEVER.	-,196(*)	,066	,865(**)	,645(**)	1	,395(**)	,466(**)	,549(**)	,773(**)	,575(**)
BIEN SOLO	-,078	,115	,751(**)	,819(**)	,395(**)	1	,398(**)	,317(**)	,856(**)	,466(**)
ECUANIMID	-,173(*)	,141	,720(**)	,521(**)	,466(**)	,398(**)	1	,547(**)	,525(**)	,876(**)
SATIS. PER	-,278(**)	,186(*)	,800(**)	,601(**)	,549(**)	,317(**)	,547(**)	1	,580(**)	,883(**)
F.1. C.PERS	-,166(*)	,133	,946(**)	,964(**)	,773(**)	,856(**)	,525(**)	,580(**)	1	,657(**)
F.2. SAT. V.	-,266(**)	,194(*)	,858(**)	,678(**)	,575(**)	,466(**)	,876(**)	,883(**)	,657(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.57. Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Dimensiones de apego-AAS (N = 151, Coeficiente de Pearson)

	Ansiedad	Evitación	BAS	FSP	RVP	RLG	EEA	AFN	EVT	AFR. RACION.	AFR. EMOC.
Ansiedad	1	-,387(**)	,116	-,170(*)	,039	,061	,237(**)	,310(**)	,210(*)	,030	,385(**)
Evitación	-,387(**)	1	-,073	-,069	-,114	-,042	-,355(**)	-,144	-,153	-,090	-,329(**)
BAS	,116	-,073	1	,305(**)	,181(*)	,497(**)	,219(**)	-,072	,151	,756(**)	,129
FSP	-,170(*)	-,069	,305(**)	1	,387(**)	,123	-,024	-,342(**)	,110	,640(**)	-,151
RVP	,039	-,114	,181(*)	,387(**)	1	,106	,052	-,353(**)	,393(**)	,578(**)	,018
RLG	,061	-,042	,497(**)	,123	,106	1	,168(*)	,135	,231(**)	,710(**)	,260(**)
EEA	,237(**)	-,355(**)	,219(**)	-,024	,052	,168(*)	1	,279(**)	,170(*)	,154	,652(**)
AFN	,310(**)	-,144	-,072	-,342(**)	-,353(**)	,135	,279(**)	1	,149	-,200(*)	,745(**)
EVT	,210(*)	-,153	,151	,110	,393(**)	,231(**)	,170(*)	,149	1	,331(**)	,673(**)
AFR RAC.	,030	-,090	,756(**)	,640(**)	,578(**)	,710(**)	,154	-,200(*)	,331(**)	1	,116
AFR. EMO.	,385(**)	-,329(**)	,129	-,151	,018	,260(**)	,652(**)	,745(**)	,673(**)	,116	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 8.58. Correlaciones entre Estilos de Apego-AAS y Psicopatología-SA-45 (N=151, Coeficiente de Pearson)

	ANSIEDAD	EVITACIÓN	SOMATIZACION	OBSESIÓN COMP.	SENS. INTERPERS.	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	HOSTILIDAD	ANS. FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	PUNT. TOTAL
ANSIEDAD	1	-,387(**)	,256(**)	,245(**)	,423(**)	,322(**)	,283(**)	,216(**)	,204(*)	,409(**)	,361(**)	,378(**)
EVITACIÓN	-,387(**)	1	-,327(**)	-,353(**)	-,438(**)	-,368(**)	-,345(**)	-,323(**)	-,343(**)	-,408(**)	-,385(**)	-,462(**)
SOMATIZACIÓN	,256(**)	-,327(**)	1	,724(**)	,573(**)	,624(**)	,771(**)	,560(**)	,598(**)	,585(**)	,600(**)	,842(**)
OBS-COMPULSIÓN	,245(**)	-,353(**)	,724(**)	1	,595(**)	,669(**)	,881(**)	,565(**)	,632(**)	,609(**)	,597(**)	,865(**)
SENS. INTERPERS.	,423(**)	-,438(**)	,573(**)	,595(**)	1	,704(**)	,640(**)	,541(**)	,603(**)	,754(**)	,584(**)	,830(**)
DEPRESIÓN	,322(**)	-,368(**)	,624(**)	,669(**)	,704(**)	1	,775(**)	,501(**)	,578(**)	,611(**)	,539(**)	,841(**)
ANSIEDAD	,283(**)	-,345(**)	,771(**)	,881(**)	,640(**)	,775(**)	1	,601(**)	,703(**)	,623(**)	,621(**)	,919(**)
HOSTILIDAD	,216(**)	-,323(**)	,560(**)	,565(**)	,541(**)	,501(**)	,601(**)	1	,422(**)	,602(**)	,524(**)	,719(**)
ANS. FÓBICA	,204(*)	-,343(**)	,598(**)	,632(**)	,603(**)	,578(**)	,703(**)	,422(**)	1	,563(**)	,556(**)	,782(**)
ID.PARANOIDE	,409(**)	-,408(**)	,585(**)	,609(**)	,754(**)	,611(**)	,623(**)	,602(**)	,563(**)	1	,619(**)	,803(**)
PSICOTICISMO	,361(**)	-,385(**)	,600(**)	,597(**)	,584(**)	,539(**)	,621(**)	,524(**)	,556(**)	,619(**)	1	,769(**)
PUNT. TOTAL SA-45	,378(**)	-,462(**)	,842(**)	,865(**)	,830(**)	,841(**)	,919(**)	,719(**)	,782(**)	,803(**)	,769(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.59. Correlaciones entre Resiliencia-RS y Afrontamiento-CAE (Coeficiente de Pearson, N=151)

	RESIL. TOTAL	CONFIANZ. SI MISMO	PERSEV.	SENT. BIEN SOLO	ECUANIM.	SATISF. PERSONAL	F1. COMP. PERSON.	F2. ACEPTAC. VIDA	BAS	FSP	RVP	RLG	EEA	AFN	EVT	AFR. RACIONAL	AFR. EMOCION
RESIL. TOTAL	1	,916**	,865**	,751**	,720**	,800**	,946**	,858**	,088	,407**	,200*	,048	-,341**	-,386**	-,022	,265**	-,342**
C. SI MISM.	,916**	1	,645**	,819**	,521**	,601**	,964**	,678**	,018	,301**	,159	,065	-,226**	-,242**	,085	,197*	-,163
PERSEV.	,865**	,645**	1	,395**	,466**	,549**	,773**	,575**	,119	,363**	,181*	,135	-,211*	-,253**	,033	,290**	-,196*
BIEN SOLO	,751**	,819**	,395**	1	,398**	,317**	,856**	,466**	-,099	,141	,072	,002	-,125	-,146	,082	,038	-,077
ECUAN.	,720**	,521**	,466**	,398**	1	,547**	,525**	,876**	,068	,269**	,176*	,046	-,325**	-,267**	,017	,204*	-,269**
SAT.PERS.	,800**	,601**	,549**	,317**	,547**	1	,580**	,883**	,081	,408**	,283**	-,013	-,333**	-,406**	,013	,259**	-,351**
F.1. C. PER.	,946**	,964**	,773**	,856**	,525**	,580**	1	,657**	,012	,310**	,149	,063	-,219*	-,260**	,078	,191*	-,169
F.2. S. VIDA	,858**	,678**	,575**	,466**	,876**	,883**	,657**	1	,090	,389**	,255**	,015	-,382**	-,387**	-,002	,262**	-,366**
BAS	,088	,018	,119	-,099	,068	,081	,012	,090	1	,305**	,181*	,497**	,219**	-,072	,151	,756**	,129
FSP	,407**	,301**	,363**	,141	,269**	,408**	,310**	,389**	,305**	1	,387**	,123	-,024	-,342**	,110	,640**	-,151
RVP	,200*	,159	,181*	,072	,176*	,283**	,149	,255**	,181*	,387**	1	,106	,052	-,353**	,393**	,578**	,018
RGL	,048	,065	,135	,002	,046	-,013	,063	,015	,497**	,123	,106	1	,168*	,135	,231**	,710**	,260**
EEA	-,341**	-,226**	-,211*	-,125	-,325**	-,333**	-,219*	-,382**	,219**	-,024	,052	,168*	1	,279**	,170*	,154	,652**
AFN	-,386**	-,242**	-,253**	-,146	-,267**	-,406**	-,260**	-,387**	-,072	-,342**	-,353**	,135	,279**	1	,149	-,200*	,745**
EVT	-,022	,085	,033	,082	,017	,013	,078	-,002	,151	,110	,393**	,231**	,170*	,149	1	,331**	,673**
A. RACIO.	,265**	,197*	,290**	,038	,204*	,259**	,191*	,262**	,756**	,640**	,578**	,710**	,154	-,200*	,331**	1	,116
A. EMOC.	-,342**	-,163	-,196*	-,077	-,269**	-,351**	-,169	-,366**	,129	-,151	,018	,260**	,652**	,745**	,673**	,116	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.60. Correlaciones entre Resiliencia RS y Psicopatología SA-45 (Coeficiente de Pearson, N=151)

	RESIL. TOTAL	CONFIANZ. SI MISMO	PERSEV.	SENT. BIEN SOLO	ECUANIM.	SATISF. PERSONAL	F1. COMP. PERSON.	F2. SATISF.. VIDA	SOMATIZA- CION	OBSESIÓN COMP.	SENS. INTERPERS.	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	HOSTIL.	ANS. FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICIS- MO	PUNT. TOTAL
RES. TOT	1	,916**	,865**	,751**	,720**	,800**	,946**	,858**	-,379**	-,370**	-,516**	-,482**	-,436**	-,230**	-,284**	-,307**	-,443**	-,508**
C. S MISM.	,916**	1	,645**	,819**	,521**	,601**	,964**	,678**	-,174*	-,295**	-,423**	-,381**	-,291**	-,157	-,189*	-,210*	-,307**	-,359**
PERSEV.	,865**	,645**	1	,395**	,466**	,549**	,773**	,575**	-,206*	-,209*	-,313**	-,362**	-,243**	-,178*	-,096	-,165*	-,381**	-,316**
BIEN SOLO	,751**	,819**	,395**	1	,398**	,317**	,856**	,466**	-,026	-,182*	-,253**	-,198*	-,183*	-,136	-,159	-,168*	-,208*	-,214*
ECUAN.	,720**	,521**	,466**	,398**	1	,547**	,525**	,876**	-,328**	-,262**	-,338**	-,390**	-,404**	-,173*	-,260**	-,232**	-,313**	-,403**
SAT.PERS.	,800**	,601**	,549**	,317**	,547**	1	,580**	,883**	-,320**	-,365**	-,455**	-,430**	-,410**	-,247**	-,240**	-,336**	-,341**	-,458**
F.1. C. PER.	,946**	,964**	,773**	,856**	,525**	,580**	1	,657**	-,175*	-,268**	-,398**	-,370**	-,281**	-,182*	-,177*	-,227**	-,348**	-,355**
F.2. S. VIDA	,858**	,678**	,575**	,466**	,876**	,883**	,657**	1	-,383**	-,365**	-,460**	-,465**	-,472**	-,242**	-,297**	-,325**	-,375**	-,498**
SOMAT	-,379**	-,174*	-,206*	-,026	-,328**	-,320**	-,175*	-,383**	1	,724**	,573**	,624**	,771**	,560**	,598**	,585**	,600**	,842**
OB-COM	-,370**	-,295**	-,209*	-,182*	-,262**	-,365**	-,268**	-,365**	,724**	1	,595**	,669**	,881**	,565**	,632**	,609**	,597**	,865**
S. INT.	-,516**	-,423**	-,313**	-,253**	-,338**	-,455**	-,398**	-,460**	,573**	,595**	1	,704**	,640**	,541**	,603**	,754**	,584**	,830**
DEPRES.	-,482**	-,381**	-,362**	-,198*	-,390**	-,430**	-,370**	-,465**	,624**	,669**	,704**	1	,775**	,501**	,578**	,611**	,539**	,841**
ANS.	-,436**	-,291**	-,243**	-,183*	-,404**	-,410**	-,281**	-,472**	,771**	,881**	,640**	,775**	1	,601**	,703**	,623**	,621**	,919**
HOST.	-,230**	-,157	-,178*	-,136	-,173*	-,247**	-,182*	-,242**	,560**	,565**	,541**	,501**	,601**	1	,422**	,602**	,524**	,719**
ANS. FÓB	-,284**	-,189*	-,096	-,159	-,260**	-,240**	-,177*	-,297**	,598**	,632**	,603**	,578**	,703**	,422**	1	,563**	,556**	,782**
ID.PAR	-,307**	-,210*	-,165*	-,168*	-,232**	-,336**	-,227**	-,325**	,585**	,609**	,754**	,611**	,623**	,602**	,563**	1	,619**	,803**
PSICOT.	-,443**	-,307**	-,381**	-,208*	-,313**	-,341**	-,348**	-,375**	,600**	,597**	,584**	,539**	,621**	,524**	,556**	,619**	1	,769**
P. TOT.	-,508**	-,359**	-,316**	-,214*	-,403**	-,458**	-,355**	-,498**	,842**	,865**	,830**	,841**	,919**	,719**	,782**	,803**	,769**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.61. Correlaciones entre Resiliencia-RS y Estrés Postraumático-DTS (N=151, Coeficiente de Pearson)

	RESIL. TOTAL	CONFIANZ. SI MISMO	PERSEV.	SENT. BIEN SOLO	ECUANIM.	SATISF. PERSONAL	F1. COMP. PERSON.	F2. SATISF.. VIDA	Punt. Total DTS	Intrusión	Evitación	Hiperactivac.
RES. TOT	1	,916(**)	,865(**)	,751(**)	,720(**)	,800(**)	,946(**)	,858(**)	-,315(**)	-,181(*)	-,323(**)	-,350(**)
C. S MISM.	,916(**)	1	,645(**)	,819(**)	,521(**)	,601(**)	,964(**)	,678(**)	-,163	-,086	-,163	-,191(*)
PERSEV.	,865(**)	,645(**)	1	,395(**)	,466(**)	,549(**)	,773(**)	,575(**)	-,224(**)	-,099	-,250(**)	-,263(**)
BIEN SOLO	,751(**)	,819(**)	,395(**)	1	,398(**)	,317(**)	,856(**)	,466(**)	-,095	-,048	-,098	-,119
ECUAN.	,720(**)	,521(**)	,466(**)	,398(**)	1	,547(**)	,525(**)	,876(**)	-,259(**)	-,184(*)	-,253(**)	-,262(**)
SAT.PERS.	,800(**)	,601(**)	,549(**)	,317(**)	,547(**)	1	,580(**)	,883(**)	-,315(**)	-,197(*)	-,307(**)	-,358(**)
F.1. C. PER.	,946(**)	,964(**)	,773(**)	,856(**)	,525(**)	,580(**)	1	,657(**)	-,188(*)	-,086	-,200(*)	-,226(**)
F.2. S. VIDA	,858(**)	,678(**)	,575(**)	,466(**)	,876(**)	,883(**)	,657(**)	1	-,338(**)	-,226(**)	-,328(**)	-,364(**)
Punt. Total DTS	-,315(**)	-,163	-,224(**)	-,095	-,259(**)	-,315(**)	-,188(*)	-,338(**)	1	,880(**)	,929(**)	,900(**)
Intrusión	-,181(*)	-,086	-,099	-,048	-,184(*)	-,197(*)	-,086	-,226(**)	,880(**)	1	,725(**)	,704(**)
Evitación	-,323(**)	-,163	-,250(**)	-,098	-,253(**)	-,307(**)	-,200(*)	-,328(**)	,929(**)	,725(**)	1	,750(**)
Hiperactivac.	-,350(**)	-,191(*)	-,263(**)	-,119	-,262(**)	-,358(**)	-,226(**)	-,364(**)	,900(**)	,704(**)	,750(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.62. Correlaciones entre Resiliencia-RS y Sentimientos de Culpa y Vergüenza-PFQ-2 (N=151, Coeficiente de Pearson)

	RESIL. TOTAL	CONFIANZ. SI MISMO	PERSEV.	SENT. BIEN SOLO	ECUANIM.	SATISF. PERSONAL	F1. COMP. PERSON.	F2. SATISF. VIDA	VERGÜENZA	CULPA	PUNTUAC. TOTAL
RES. TOT	1	,916(**)	,865(**)	,751(**)	,720(**)	,800(**)	,946(**)	,858(**)	-,486(**)	-,198(*)	-,419(**)
C. S MISM.	,916(**)	1	,645(**)	,819(**)	,521(**)	,601(**)	,964(**)	,678(**)	-,411(**)	-,221(**)	-,379(**)
PERSEV.	,865(**)	,645(**)	1	,395(**)	,466(**)	,549(**)	,773(**)	,575(**)	-,336(**)	-,078	-,258(**)
BIEN SOLO	,751(**)	,819(**)	,395(**)	1	,398(**)	,317(**)	,856(**)	,466(**)	-,293(**)	-,214(**)	-,291(**)
ECUAN.	,720(**)	,521(**)	,466(**)	,398(**)	1	,547(**)	,525(**)	,876(**)	-,403(**)	-,182(*)	-,353(**)
SAT.PERS.	,800(**)	,601(**)	,549(**)	,317(**)	,547(**)	1	,580(**)	,883(**)	-,436(**)	-,198(*)	-,392(**)
F.1. C. PER.	,946(**)	,964(**)	,773(**)	,856(**)	,525(**)	,580(**)	1	,657(**)	-,410(**)	-,206(*)	-,367(**)
F.2. S. VIDA	,858(**)	,678(**)	,575(**)	,466(**)	,876(**)	,883(**)	,657(**)	1	-,475(**)	-,213(*)	-,421(**)
VERGÜENZA	-,486(**)	-,411(**)	-,336(**)	-,293(**)	-,403(**)	-,436(**)	-,410(**)	-,475(**)	1	,559(**)	,926(**)
CULPA	-,198(*)	-,221(**)	-,078	-,214(**)	-,182(*)	-,198(*)	-,206(*)	-,213(*)	,559(**)	1	,830(**)
PUNT. TOTAL	-,419(**)	-,379(**)	-,258(**)	-,291(**)	-,353(**)	-,392(**)	-,367(**)	-,421(**)	,926(**)	,830(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.63. Correlaciones entre Resiliencia-RS y Ajuste Personal-MARA-R (N=151, Coeficiente de Pearson)

	RESIL. TOTAL	CONFIANZ. SI MISMO	PERSEV.	SENT. BIEN SOLO	ECUANIM.	SATISF. PERSONAL	F1. COMP. PERSON.	F2. SATISF. VIDA	FAMILIA DE ORIGEN	PAREJA Y FAM. CONST.	AUTO- PERCEPC.	MARA TOTAL
RES. TOT	1	,916(**)	,865(**)	,751(**)	,720(**)	,800(**)	,946(**)	,858(**)	,304(**)	,163	,718(**)	,490(**)
C. S MISM.	,916(**)	1	,645(**)	,819(**)	,521(**)	,601(**)	,964(**)	,678(**)	,179(*)	,256(**)	,643(**)	,916(**)
PERSEV.	,865(**)	,645(**)	1	,395(**)	,466(**)	,549(**)	,773(**)	,575(**)	,260(**)	,202(*)	,571(**)	,865(**)
BIEN SOLO	,751(**)	,819(**)	,395(**)	1	,398(**)	,317(**)	,856(**)	,466(**)	,030	,239(**)	,492(**)	,751(**)
ECUAN.	,720(**)	,521(**)	,466(**)	,398(**)	1	,547(**)	,525(**)	,876(**)	,240(**)	,022	,503(**)	,720(**)
SAT.PERS.	,800(**)	,601(**)	,549(**)	,317(**)	,547(**)	1	,580(**)	,883(**)	,220(**)	,170(*)	,575(**)	,800(**)
F.1. C. PER.	,946(**)	,964(**)	,773(**)	,856(**)	,525(**)	,580(**)	1	,657(**)	,179(*)	,266(**)	,641(**)	,946(**)
F.2. S. VIDA	,858(**)	,678(**)	,575(**)	,466(**)	,876(**)	,883(**)	,657(**)	1	,274(**)	,097	,618(**)	,858(**)
FAM. ORIGEN	,304(**)	,179(*)	,260(**)	,030	,240(**)	,220(**)	,179(*)	,274(**)	1	,234(**)	,501(**)	,304(**)
PAREJA	,163	,256(**)	,202(*)	,239(**)	,022	,170(*)	,266(**)	,097	,234(**)	1	,317(**)	,163
AUTOPERCEP.	,718(**)	,643(**)	,571(**)	,492(**)	,503(**)	,575(**)	,641(**)	,618(**)	,501(**)	,317(**)	1	,718(**)
TOTAL MARA	,490(**)	,461(**)	,427(**)	,367(**)	,303(**)	,411(**)	,465(**)	,408(**)	,785(**)	,728(**)	,759(**)	,490(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.64. Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Psicopatología-SA-45 (Coeficiente de Pearson, N=151)

	BAS	FSP	RVP	RLG	EEA	AFN	EVT	AFR. RACIONAL	AFR. EMOCIONAL	SOMATIZACION	OBSESIÓN COMP.	SENS. INTERPERS.	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	HOSTIL.	ANS. FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICISMO	PUNT. TOTAL
BAS	,756**	,129	1	,305**	,181*	,497**	,219**	-,072	,151	-,009	,079	,028	,048	,069	,007	,096	,034	,055	,046
FSP	,640**	-,151	,305**	1	,387**	,123	-,024	-,342**	,110	-,184*	-,118	-,080	-,126	-,160	,012	,011	-,025	-,019	-,126
RVP	,578**	,018	,181*	,387**	1	,106	,052	-,353**	,393**	-,037	-,120	-,085	-,181*	-,120	-,045	,000	-,074	-,056	-,102
RGL	,710**	,260**	,497**	,123	,106	1	,168*	,135	,231**	,177*	,130	,158	,138	,179*	,081	,145	,071	,016	,138
EEA	,154	,652**	,219**	-,024	,052	,168*	1	,279**	,170*	,296**	,338**	,353**	,285**	,372**	,331**	,356**	,225**	,333**	,386**
AFN	-,200*	,745**	-,072	-,342**	-,353**	,135	,279**	1	,149	,377**	,410**	,474**	,528**	,520**	,333**	,448**	,490**	,475**	,555**
EVT	,331**	,673**	,151	,110	,393**	,231**	,170*	,149	1	,078	,147	,029	,123	,201*	,039	,102	,063	,119	,133
A. RACIO.	1	,116	,756**	,640**	,578**	,710**	,154	-,200*	,331**	-,011	-,006	,021	-,033	,000	,020	,087	,007	-,019	-,015
A. EMOC.	,116	1	,129	-,151	,018	,260**	,652**	,745**	,673**	,366**	,445**	,409**	,481**	,541**	,336**	,460**	,392**	,459**	,527**
SOMAT	-,011	,366**	-,009	-,184*	-,037	,177*	,296**	,377**	,078	1	,724**	,573**	,624**	,771**	,560**	,598**	,585**	,600**	,842**
OB-COM	-,006	,445**	,079	-,118	-,120	,130	,338**	,410**	,147	,724**	1	,595**	,669**	,881**	,565**	,632**	,609**	,597**	,865**
S. INT.	,021	,409**	,028	-,080	-,085	,158	,353**	,474**	,029	,573**	,595**	1	,704**	,640**	,541**	,603**	,754**	,584**	,830**
DEPRES.	-,033	,481**	,048	-,126	-,181*	,138	,285**	,528**	,123	,624**	,669**	,704**	1	,775**	,501**	,578**	,611**	,539**	,841**
ANS.	,000	,541**	,069	-,160	-,120	,179*	,372**	,520**	,201*	,771**	,881**	,640**	,775**	1	,601**	,703**	,623**	,621**	,919**
HOST.	,020	,336**	,007	,012	-,045	,081	,331**	,333**	,039	,560**	,565**	,541**	,501**	,601**	1	,422**	,602**	,524**	,719**
ANS. FÓB	,087	,460**	,096	,011	,000	,145	,356**	,448**	,102	,598**	,632**	,603**	,578**	,703**	,422**	1	,563**	,556**	,782**
ID.PAR	,007	,392**	,034	-,025	-,074	,071	,225**	,490**	,063	,585**	,609**	,754**	,611**	,623**	,602**	,563**	1	,619**	,803**
PSICOT.	-,019	,459**	,055	-,019	-,056	,016	,333**	,475**	,119	,600**	,597**	,584**	,539**	,621**	,524**	,556**	,619**	1	,769**
P. TOT.	-,015	,527**	,046	-,126	-,102	,138	,386**	,555**	,133	,842**	,865**	,830**	,841**	,919**	,719**	,782**	,803**	,769**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significante al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.65. Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Estrés postraumático (DTS) (Coeficiente de Pearson, N=151)

	AFR. RACIONAL	AFR. EMOCIONAL	BAS	FSP	RVP	RLG	EEA	AFN	EVT	DTS TOTAL	INTRUSIÓN TOTAL	EVITACIÓN TOTAL	HIPERACT. TOTAL
A. RACIO.	1	,116	,756(**)	,640(**)	,578(**)	,710(**)	,154	-,200(*)	,331(**)	-,006	,058	-,047	-,016
A. EMOC.	,116	1	,129	-,151	,018	,260(**)	,652(**)	,745(**)	,673(**)	,388(**)	,256(**)	,378(**)	,397(**)
BAS	,756(**)	,129	1	,305(**)	,181(*)	,497(**)	,219(**)	-,072	,151	,035	,103	-,052	,059
FSP	,640(**)	-,151	,305(**)	1	,387(**)	,123	-,024	-,342(**)	,110	-,043	-,003	-,055	-,059
RVP	,578(**)	,018	,181(*)	,387(**)	1	,106	,052	-,353(**)	,393(**)	-,048	,039	-,058	-,086
RGL	,710(**)	,260(**)	,497(**)	,123	,106	1	,168(*)	,135	,231(**)	,080	,063	,071	,075
EEA	,154	,652(**)	,219(**)	-,024	,052	,168(*)	1	,279(**)	,170(*)	,351(**)	,247(**)	,296(**)	,422(**)
AFN	-,200(*)	,745(**)	-,072	-,342(**)	-,353(**)	,135	,279(**)	1	,149	,383(**)	,241(**)	,393(**)	,374(**)
EVT	,331(**)	,673(**)	,151	,110	,393(**)	,231(**)	,170(*)	,149	1	,047	,014	,072	,017
DTS TOTAL	-,006	,388(**)	,035	-,043	-,048	,080	,351(**)	,383(**)	,047	1	,880(**)	,929(**)	,900(**)
INTRUSIÓN	,058	,256(**)	,103	-,003	,039	,063	,247(**)	,241(**)	,014	,880(**)	1	,725(**)	,704(**)
EVITACIÓN	-,047	,378(**)	-,052	-,055	-,058	,071	,296(**)	,393(**)	,072	,929(**)	,725(**)	1	,750(**)
HIPERACT.	-,016	,397(**)	,059	-,059	-,086	,075	,422(**)	,374(**)	,017	,900(**)	,704(**)	,750(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.66. Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Sentimientos de Culpa y Vergüenza-PFQ-2 (Coeficiente de Pearson, N=151)

	AFR. RACIONAL	AFR. EMOCIONAL	BAS	FSP	RVP	RLG	EEA	AFN	EVT	PFQ-2 TOTAL	VERGÜENZA	CULPA
A. RACIO.	1	,116	,756(**)	,640(**)	,578(**)	,710(**)	,154	-,200(*)	,331(**)	-,007	,023	-,024
A. EMOC.	,116	1	,129	-,151	,018	,260(**)	,652(**)	,745(**)	,673(**)	,426(**)	,399(**)	,344(**)
BAS	,756(**)	,129	1	,305(**)	,181(*)	,497(**)	,219(**)	-,072	,151	,043	,074	,020
FSP	,640(**)	-,151	,305(**)	1	,387(**)	,123	-,024	-,342(**)	,110	-,127	-,099	-,138
RVP	,578(**)	,018	,181(*)	,387(**)	1	,106	,052	-,353(**)	,393(**)	-,120	-,121	-,070
RGL	,710(**)	,260(**)	,497(**)	,123	,106	1	,168(*)	,135	,231(**)	,156	,175(*)	,104
EEA	,154	,652(**)	,219(**)	-,024	,052	,168(*)	1	,279(**)	,170(*)	,348(**)	,386(**)	,201(*)
AFN	-,200(*)	,745(**)	-,072	-,342(**)	-,353(**)	,135	,279(**)	1	,149	,476(**)	,438(**)	,396(**)
EVT	,331(**)	,673(**)	,151	,110	,393(**)	,231(**)	,170(*)	,149	1	,035	,003	,063
PFQ-2 TOTAL	-,007	,426(**)	,043	-,127	-,120	,156	,348(**)	,476(**)	,035	1	,926(**)	,830(**)
VERGÜENZA	,023	,399(**)	,074	-,099	-,121	,175(*)	,386(**)	,438(**)	,003	,926(**)	1	,559(**)
CULPA	-,024	,344(**)	,020	-,138	-,070	,104	,201(*)	,396(**)	,063	,830(**)	,559(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.67. Correlaciones entre Afrontamiento-CAE y Ajuste Personal (MARA-R) (Coeficiente de Pearson, N=151)

	AFR. RACIONAL	AFR. EMOCIONAL	BAS	FSP	RVP	RLG	EEA	AFN	EVT	FAMILIA DE ORIGEN	PAREJA Y FAM. CONS.	AUTO- PERCEPC.	MARA TOTAL
A. RACIO.	1	,116	,756(**)	,640(**)	,578(**)	,710(**)	,154	-,200(*)	,331(**)	,120	,030	,229(**)	,135
A. EMOC.	,116	1	,129	-,151	,018	,260(**)	,652(**)	,745(**)	,673(**)	-,110	-,169	-,255(**)	-,242(**)
BAS	,756(**)	,129	1	,305(**)	,181(*)	,497(**)	,219(**)	-,072	,151	,203(*)	,040	,108	,151
FSP	,640(**)	-,151	,305(**)	1	,387(**)	,123	-,024	-,342(**)	,110	,202(*)	,155	,456(**)	,306(**)
RVP	,578(**)	,018	,181(*)	,387(**)	1	,106	,052	-,353(**)	,393(**)	-,117	,083	,197(*)	,047
RGL	,710(**)	,260(**)	,497(**)	,123	,106	1	,168(*)	,135	,231(**)	,011	-,130	-,060	-,099
EEA	,154	,652(**)	,219(**)	-,024	,052	,168(*)	1	,279(**)	,170(*)	-,094	-,039	-,172(*)	-,139
AFN	-,200(*)	,745(**)	-,072	-,342(**)	-,353(**)	,135	,279(**)	1	,149	-,102	-,243(**)	-,362(**)	-,307(**)
EVT	,331(**)	,673(**)	,151	,110	,393(**)	,231(**)	,170(*)	,149	1	-,038	-,034	,049	-,052
F. ORIGEN	,120	-,110	,203(*)	,202(*)	-,117	,011	-,094	-,102	-,038	1	,234(**)	,501(**)	,785(**)
PAREJA	,030	-,169	,040	,155	,083	-,130	-,039	-,243(**)	-,034	,234(**)	1	,317(**)	,728(**)
AUTO-PERC.	,229(**)	-,255(**)	,108	,456(**)	,197(*)	-,060	-,172(*)	-,362(**)	,049	,501(**)	,317(**)	1	,759(**)
MARA TOTAL	,135	-,242(**)	,151	,306(**)	,047	-,099	-,139	-,307(**)	-,052	,785(**)	,728(**)	,759(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.68. Correlaciones entre Psicopatología (SA-45, DTS PFQ-2) y Ajuste persona (MARA-R) (Coeficiente de Pearson, N=151)

	TOTAL DTS	SOMATIZA- CION	OBSESIÓN COMP.	SENS. INTERPERS.	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	HOSTIL.	ANS. FÓBICA	IDEACIÓN PARANOIDE	PSICOTICIS-MO	TOTAL SA-45	VERGÜENZA	CULPA	PFQ-2 TOTAL	FAMILIA ORIGEN	PAREJA	AUTOPERCP.	TOTAL MARA
TOTAL DTS	1	,590**	,576**	,547**	,595**	,635**	,423**	,615**	,556**	,638**	,714**	,555**	,522**	,609**	-,143	-,164	-,251**	-,274**
SOMAT	,590**	1	,724**	,573**	,624**	,771**	,560**	,598**	,585**	,600**	,842**	,532**	,336**	,509**	-,285**	-,181*	-,338**	-,355**
OB-COM	,576**	,724**	1	,595**	,669**	,881**	,565**	,632**	,609**	,597**	,865**	,591**	,409**	,591**	-,154	-,156	-,325**	-,273**
S. INT.	,547**	,573**	,595**	1	,704**	,640**	,541**	,603**	,754**	,584**	,830**	,666**	,443**	,644**	-,226**	-,241**	-,435**	-,412**
DEPRES.	,595**	,624**	,669**	,704**	1	,775**	,501**	,578**	,611**	,539**	,841**	,636**	,478**	,642**	-,174*	-,222**	-,434**	-,363**
ANS.	,635**	,771**	,881**	,640**	,775**	1	,601**	,703**	,623**	,621**	,919**	,632**	,442**	,630**	-,247**	-,179*	-,407**	-,357**
HOST.	,423**	,560**	,565**	,541**	,501**	,601**	1	,422**	,602**	,524**	,719**	,417**	,303**	,424**	-,153	-,108	-,154	-,182*
ANS. FÓB	,615**	,598**	,632**	,603**	,578**	,703**	,422**	1	,563**	,556**	,782**	,569**	,374**	,557**	-,155	-,175*	-,228**	-,257**
ID.PAR	,556**	,585**	,609**	,754**	,611**	,623**	,602**	,563**	1	,619**	,803**	,598**	,401**	,583**	-,153	-,183*	-,209*	-,262**
PSICOT.	,638**	,600**	,597**	,584**	,539**	,621**	,524**	,556**	,619**	1	,769**	,589**	,413**	,580**	-,204*	-,176*	-,319**	-,304**
P. TOT.	,714**	,842**	,865**	,830**	,841**	,919**	,719**	,782**	,803**	,769**	1	,726**	,517**	,728**	-,245**	-,217*	-,418**	-,390**
VERGÜEN	,555**	,532**	,591**	,666**	,636**	,632**	,417**	,569**	,598**	,589**	,726**	1	,559**	,926**	-,240**	-,321**	-,380**	-,438**
CULPA	,522**	,336**	,409**	,443**	,478**	,442**	,303**	,374**	,401**	,413**	,517**	,559**	1	,830**	-,119	-,291**	-,326**	-,367**
TOT PFQ-2	,609**	,509**	,591**	,644**	,642**	,630**	,424**	,557**	,583**	,580**	,728**	,926**	,830**	1	-,205*	-,347**	-,399**	-,455**
FAM. OR.	-,143	-,285**	-,154	-,226**	-,174*	-,247**	-,153	-,155	-,153	-,204*	-,245**	-,240**	-,119	-,205*	1	,234**	,501**	,785**
PAREJA	-,164	-,181*	-,156	-,241**	-,222**	-,179*	-,108	-,175*	-,183*	-,176*	-,217*	-,321**	-,291**	-,347**	,234**	1	,317**	,728**
AUTOPER.	-,251**	-,338**	-,325**	-,435**	-,434**	-,407**	-,154	-,228**	-,209*	-,319**	-,418**	-,380**	-,326**	-,399**	,501**	,317**	1	,759**
TOT MARA	-,274**	-,355**	-,273**	-,412**	-,363**	-,357**	-,182*	-,257**	-,262**	-,304**	-,390**	-,438**	-,367**	-,455**	,785**	,728**	,759**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral.

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral.

Tabla 8.69. Correlaciones entre las Dimensiones AAS y los ítems del CR.

		Ansiedad	Evitación	ITEM SEGURO	ITEM RESISTENTE	ITEM PREOCUPADO	ITEM TEMEROSO
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	-,387(**)	-,103	-,205(*)	,431(**)	,326(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,210	,012	,000	,000
	N	150	147	150	150	150	150
Evitación	Correlación de Pearson	-,387(**)	1	,245(**)	-,054	-,254(**)	-,354(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,003	,515	,002	,000
	N	147	148	148	148	148	148
ITEM SEGURO	Correlación de Pearson	-,103	,245(**)	1	,303(**)	-,239(**)	-,350(**)
	Sig. (bilateral)	,210	,003		,000	,003	,000
	N	150	148	151	151	151	151
ITEM RESISTENTE	Correlación de Pearson	-,205(*)	-,054	,303(**)	1	-,093	,072
	Sig. (bilateral)	,012	,515	,000		,257	,377
	N	150	148	151	151	151	151
ITEM PREOCUPADO	Correlación de Pearson	,431(**)	-,254(**)	-,239(**)	-,093	1	,412(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,002	,003	,257		,000
	N	150	148	151	151	151	151
ITEM TEMEROSO	Correlación de Pearson	,326(**)	-,354(**)	-,350(**)	,072	,412(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,377	,000	
	N	150	148	151	151	151	151

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 8.70. Correlaciones entre las dimensiones del Apego Adulto – AAS

		Ansiedad	Cercanía	Dependen.	Evitación
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,231(**)	,391(**)	-,387(**)
	Sig. (bilateral)		,005	,000	,000
	N	150	148	149	147
Cercanía	Correlación de Pearson	,231(**)	1	,321(**)	-,802(**)
	Sig. (bilateral)	,005		,000	,000
	N	148	149	148	148
Dependencia	Correlación de Pearson	,391(**)	,321(**)	1	-,823(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000
	N	149	148	150	148
Evitación	Correlación de Pearson	-,387(**)	-,802(**)	-,823(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	147	148	148	148

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8.71. Correlaciones entre Dimensiones de apego y DTS

		Ansiedad	Evitación	PUNT. TOTAL	INTRUS.	EVITAC.	HIPERAC
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	-,387(**)	,258(**)	,224(**)	,226(**)	,246(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,002	,006	,005	,003
	N	150	147	147	148	149	148
Evitación	Correlación de Pearson	-,387(**)	1	-,329(**)	-,318(**)	-,298(**)	-,302(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	147	148	145	146	147	146
PUNT. TOTAL	Correlación de Pearson	,258(**)	-,329(**)	1	,880(**)	,929(**)	,900(**)
	Sig. (bilateral)	,002	,000		,000	,000	,000
	N	147	145	148	148	148	148
INTRUSIÓN	Correlación de Pearson	,224(**)	-,318(**)	,880(**)	1	,725(**)	,704(**)
	Sig. (bilateral)	,006	,000	,000		,000	,000
	N	148	146	148	149	149	148
EVITACION	Correlación de Pearson	,226(**)	-,298(**)	,929(**)	,725(**)	1	,750(**)
	Sig. (bilateral)	,005	,000	,000	,000		,000
	N	149	147	148	149	150	149
HIPERACT.	Correlación de Pearson	,246(**)	-,302(**)	,900(**)	,704(**)	,750(**)	1
	Sig. (bilateral)	,003	,000	,000	,000	,000	
	N	148	146	148	148	149	149

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8.72. Correlaciones entre Dimensiones de apego y PFQ-2

		Ansiedad	Evitación	Vergüenza	Culpa	Punt. total
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	-,387(**)	,324(**)	,261(**)	,330(**)
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,001	,000
	N	150	147	146	146	143
Evitación	Correlación de Pearson	-,387(**)	1	-,412(**)	-,274(**)	-,397(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,001	,000
	N	147	148	144	143	140
Vergüenza	Correlación de Pearson	,324(**)	-,412(**)	1	,559(**)	,926(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
	N	146	144	147	143	143
Culpa	Correlación de Pearson	,261(**)	-,274(**)	,559(**)	1	,830(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,000		,000
	N	146	143	143	146	143
Punt. total	Correlación de Pearson	,330(**)	-,397(**)	,926(**)	,830(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	
	N	143	140	143	143	143

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8.73. Correlaciones entre Dimensiones de Apego y MARA-R

		Ansiedad	Evitac.	Familia de origen	Pareja y fam. C.	Auto-percep.	Punt. total
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	-,387(**)	-,012	,017	-,139	-,004
	Sig. (bilateral)		,000	,892	,844	,106	,961
	N	150	147	141	135	136	122
Evitación	Correlación de Pearson	-,387(**)	1	,231(**)	,014	,120	,152
	Sig. (bilateral)	,000		,006	,870	,165	,095
	N	147	148	139	134	135	121
Fam. origen	Correlación de Pearson	-,012	,231(**)	1	,234(**)	,501(**)	,785(**)
	Sig. (bilateral)	,892	,006		,007	,000	,000
	N	141	139	142	132	130	123
Pareja	Correlación de Pearson	,017	,014	,234(**)	1	,317(**)	,728(**)
	Sig. (bilateral)	,844	,870	,007		,000	,000
	N	135	134	132	136	125	123
Autopercep.	Correlación de Pearson	-,139	,120	,501(**)	,317(**)	1	,759(**)
	Sig. (bilateral)	,106	,165	,000	,000		,000
	N	136	135	130	125	137	123
Punt. total	Correlación de Pearson	-,004	,152	,785(**)	,728(**)	,759(**)	1
	Sig. (bilateral)	,961	,095	,000	,000	,000	
	N	122	121	123	123	123	123

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).